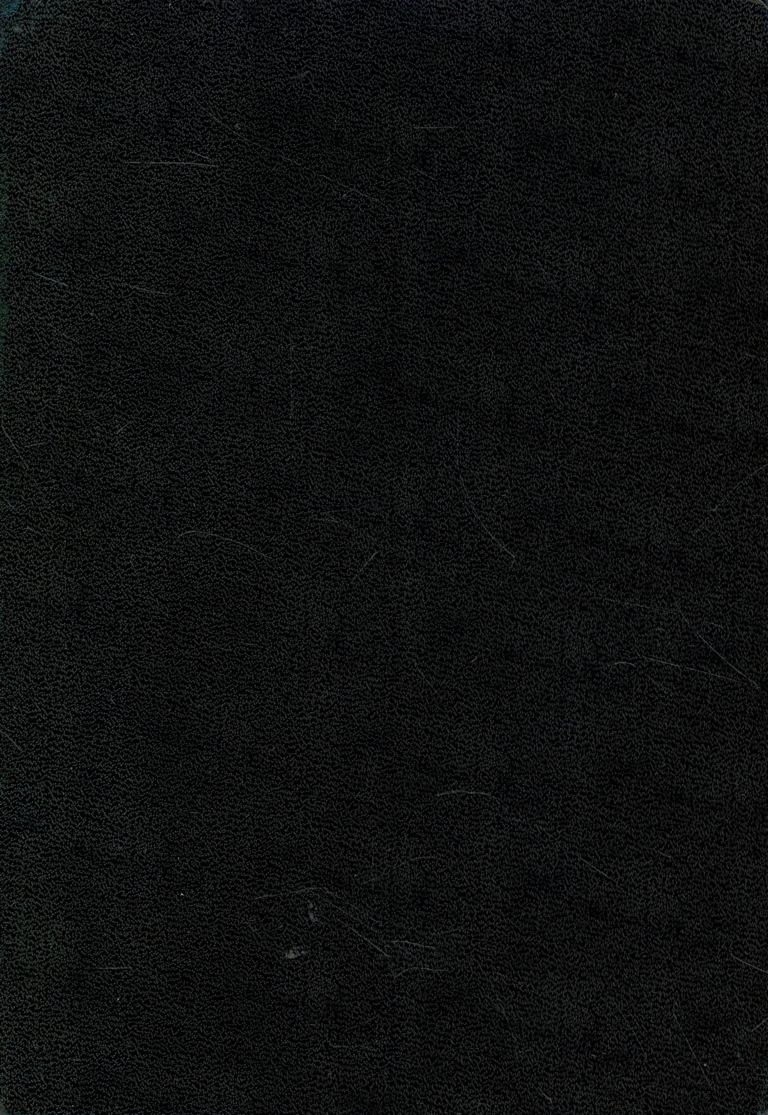


مجلة
المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعهما

يصدرها في دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهري آب وايلول

رئيس انشائها

الدكتور مرشد خاطر

استاذ الأمراض والسريريات الجراحية

وعضو المجمع العلمي العربي

دمشق : سورية

السنة الثانية عشرة

١٩٣٧

طبعت في مطبعة الجامعة السورية

الجزء ١ المجلد ١٢

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٧ م الموافق لربيع الاول سنة ١٣٥٦ هـ

سنتنا الثانية عشرة

اذا كانت اعمار المجلات تقاس باعمار الافراد من بني الانسان حق لنا ان نعدّ مجلتنا ، وقد دخلت ربيعها الثاني عشر ، يافعة تبسم للحياة وتقرأ في سجلها الذهبي ما يثلج الصدر ويفرح القلب. غير ان حياة الصحف لا تقاس بالسنوات بل بالعشرات منها حتى بالمئات ومجلتنا مع انها قد فتحت عينيها وابصرت ما في هذا العالم من نور وظلام وورود واشواك لا تزال في مهدها وقدماها عاجزتان عن السير بها حيث ارادت وان شاءت .

ولكن نمو الصحف يختلف عن نمو الانسان كما تختلف اعمارها عن عمره فانك ترى صحيفة بين ليلة وضحاها تشب وتترعرع وترفرف بجناحيها في انحاء مختلفة من هذه الكرة الارضية وترى اخرى مع انها قد بلغت اليفع والشباب لا تكاد تدرك غير القطر الذي نشأت فيه . ذلك لان

الصحف كالنبات والحيوان تحتاج الى بيئة صالحة تتنفس فيها ، والى هواء نقي تنقي به دمها ، والى فلك صاف ترفرف فيه باجنحتها فاذا ما فسدت البيئة التي نبتت فيها او فسد الهواء الذي يدخل رئتيها او غامت السماء التي تطير فيها ذوت وذبلت وبقيت تماني مضض الحياة اذا لم يدركها الموت الزؤام .

وما الهواء النقي الذي تستنشقه الصحافة الا لغتها وما الفلك الصافي الذي تطير فيه الا ابناء تلك اللغة وما البيئة الصالحة التي تنبت فيها الا سلامة اولئك الأبناء من النزعات الاجنبية ورغبتهم في احياء لغتهم والذود عن حياضها

اما لغة مجلتنا فهي اللغة العربية التي كان لها القدح المعلى في نشر الثقافة على الكرة الارضية قروناً بعد ان دالت دولة اليونان وازدهرت الدولة العربية في عصريها الاموي والعباسي فهي لغة اذا لم يكن لها من حاضرها ما تفاخر به لغات الغرب فان لها من ماضيها المجيد ما يدعوها الى تبوء مكانها الرفيع بين لغات الثقافة .

وليست لغتنا في حاجة الى عناصر جديدة لتنفض عنها غبار الخمول فان فيها من عناصر الحياة ما هو كفيل بسرعة تجددها وماضيها ادمغ برهان على ما نقول والنهضة الحاضرة اكبر دليل على مرونتها وسهولة مماشاتها للعلوم والفنون فهواء مجلتنا والحالة هذه نقي سليم تستطيع به الخلود بعيدة عن الهرم والشيخوخة . . .

واما الفلك الذي تطير فيه هذه المجلة ونعني به الاقطار العربية فلست اظنه نقياً كل النقاء وصالحاً كل الصلاح لسرعة نموها وخلودها فان بعضاً من ابناء هذه الاقطار قد استعمرت اللغات الاجنبية عقولهم فالوا الى

الانكليزية او الفرنسية او الالمانيـة او احدى اللغات الثقافية الاخرى واهملوا لغتهم فاصبح البون بينهم وبين المجلات العربية شاسعاً فهم اذا وقعت انظارهم على مقال عربي سكب فيه منشئه من بنات فكره ما يسحر ازدروه لانهم لا يفقهونه ولا يستطيعون، وقد جهلوا لغة جدودهم وابائهم، ان يجنوا ما فيه من الدرر الغوالي فالمجلات العربية مع زمرة هذا شأنها من ابناء العرب اجنبية بينهم لا تجد مكاناً تأوي اليه ولا منضدة تستقر عليها . والبعض الآخر من ابناء هذه الاقطار مع اتقانهم للغة الضاد وميلهم اليها تسيطر عليهم النزعة الاقليمية فانك ترى اللبناني يميل الى المجلات اللبنانية والمصري الى المصرية والعراقي الى العراقية والسوري الى السورية حتى انك لا تكاد ترى مجلات قطر من الاقطار العربية منتشرة في غير القطر الذي صدرت عنه وفي هذا ما فيه من القضاء على حياة الصحافة والثقافة العامة . فاذا لم تقبل البلاد العربية جمعاء على التكاتف والتعاون انقلب الامر عليها فظلت مستعبدة ولو تحررت تحرراً ظاهراً . فلماذا لا نتمثل بالبلاد الراقية ونتمشى على سننها اننا نرى الشعوب الانكليزية اللسان واو لم يكونوا من التبعة الانكليزية يقبلون على منتوجات ابناء هذه اللغة ونرى الكندي يقبل على محصولات العقول الفرنسية مع انه ليس بفرنسي ونرى العربي يقبل، اذا ما عرف لغة اجنبية، على صحف تلك اللغة فلماذا لا يقبل ابناء البلاد العربية او الناطقون باللغة العربية وهم يعدون بالملايين على مؤلفات ابناء العرب وصحفهم . ذلك لان النزعة العربية التي تدعوهم الى مناصرة لغتهم قد خمدت فيهم وما زالت الشعوب العربية نائمة عن لغة الضاد وعن محصولات عقول ابنائها فلا يرجى

للصحافة وللثقافة العربيتين نجاح وتقدم .

هذا ما نقوله في بدء هذه السنة الثانية عشرة من مجلتنا بعد ان خبرنا البلاد العربية في خلال هذه السنوات التي مرت علينا ونحن نرئس تحرير هذه المجلة فعسى ان يبدل بنو قومنا خطتهم ويقبلوا على نتاج لغتهم اقبالهم على نتاج اللغات الاخرى فتزدهر الثقافة وتسعد الصحافة بعد ذلك البؤس الذي منيت به .

رئيس الانشاء

المليم

مرشد خاطر

❀❀❀

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثاء ١٣ نيسان سنة ١٩٣٧

قرئت فيها التقارير التالية

١ — العليم ترابو : ناقش العليم يوسف عرقتنجي في موضوع مداواة البرداء بالذيفانات البردائية فقال انه يعتقد ان للبرداء ذيفاناً ولكنه يشك في جريانه بالدم في فترات النوب وقال ايضاً ان الترياق (مضاد الذيفان) اذا كان يتكون بعد الحقن بالدم فهو يتكون ايضاً بدونه وعليه فهو لا يدرك الفائدة المجتناة من حقن المريض بدمه . واما حقن الاطفال بدماء الامهات المصابات بالبرداءات ففيه بعض المجازفة لانه قد يكون واسطة لنقل زمرة بردائية غير الزمرة التي احدثت البرداء فيهم . وانقطاع النوب سبعة اشهر لا يكفي للقول بشفاء البرداء بل لا بدّ من انقضاء ١٥ — ٢٠ سنة . وعليه فالحقن بالدم جميعه في معالجة البرداء لا يبدو له حسناً بل اذا اريد معالجة كهذه فيفصل الناقهين بعد انقطاع نوبهم برهة (اي مدة طويلة)

المناقشة : العلماء اسعد الحكيم ، ترابو ، عرقتنجي

٢ — العليمان حسني سبح وجمال الدين الفحام : حادثة تناذر ارب مع ام الدم الساكنة في الجزء الصاعد من الابهر : مريضة عمرها ٥٥ سنة بدأ مرضها بنمل وخدر في الساقين مع صعوبة تدريجية في المشي ونوب ألمية

(العرج المتقطع الحسي) وكشفت معاينتها عن كساحة (paraplégie) سفلية تشنجية ونفخة لطيفة في البؤرة الوتينية . واسرمان الدم ايجابي، التوتر الشرياني ١٥،٥—١١، البول خال من السكر والآحين. والخلاصة ان المريضة كانت مصابة بالكساحة الشوكية المنسوبة الى ارب وبام دم الوتين الساكنة وقد عولجت معالجة نوعية فتحسنت حالتها غير انها غادرت المستشفى قبل ان تكمل معالجتها

المناقشة : العليم ترابو

٣ — العليم شوكت الشطي ، شفاء حادثة داء الرقص بالاستعضاء (l'opothérapie) : مريضة عمرها ١٤ سنة ظهر طمثها منذ بضعة اشهر ولم يكن منتظماً بمدته وفتراته ثم انقطع طمثها شهرين فبدت في اثنائهما حركات غير ارادية في الوجه والطرفين العلويين فقط. في سوابقها تظاهرات رثوية بدت منذ ثلاث سنوات وعولجت بالمفصافات وسائل فولر والانتبرين فشفيت وليس في سوابقها الارثية ما يستحق الذكر . عولجت هذه المرة المعالجة نفسها فلم تفد فاعطيت ٣٠٠ وحدة من الحاثة الجرابية hormone) (folliculaire وحقنت عضلاتها بمائة وحدة من حاثة فص الغدة النخامية الامامي فظهر طمثها بعد بضعة ايام وزالت الاعراض التي كانت تشكوها

المناقشة : العلماء حسني سبح ، شوكت الشطي ، ترابو

٤ — العليمان ترابو وجمال الدين لحام ، مذكرة موجزة عن حادثة جديدة لمرض لثوبرجه :

مريض مسلم عمره خمسون سنة في سوابقه بعض نوب برداثية وليس فيها الداء

الافرنجي دخل المستشفى لوذمة ونهج (dyspnée d'effort) كان قد سبقهما عمل وآلام عميقة وزوال حس اللمس في الاطراف ، على جلد ساقيه سحائب حمر وبعض اصابعه مزرقة وفي يديه مثل هذه التشوشات الا انها اخف ، واسرمان الدم سلبي ، بولة الدم ١،٨٠ غم ، الكولسترين ٣،٤٠ الكريات البيض ١٨٤٠٠ ، أثر زهيد من الآح في البول ، نفخة استرخائية في البؤرة الوتينية ، ورم جسيم في الحوض فوق العانة بحجم البطيخة ، انسداد الشرايين الكبيرة في الاطراف بعد فتح الجثة . والمقرران يلفتان الانظار الى ما لازدياد كولسترين الدم من الفعل في إمراض لثوبرجه .

المناقشة : العلماء حسني سبيح ، ترابو ، شوكة الشطي ، شارل ، ترابو

وقبل ختام الجلسة رحب امين السر العام بالاعضاء الجدد الحكماء ممدوح الصباغ واحمد ياسين العجه واسماعيل الاسطه .

ثم اعلن ان العليمين منير السادات ومنير حاصباني قدما طلبا بالانضمام الى الجمعية فألفت لجنة من الاعضاء العلماء شارل واحمد ياسين العجه وبشير العظمه للنظر في هذين الطلبين واعطاء الخلاصة في الجلسة المقبلة .

وتكلم العليم ترابو مبلغاً شكر الجنرال مارتن للجمعية على تسميته عضو شرفٍ فيها

مرشد خاطر

❀❀❀

١ ــ حول موضوع المداواة بالذيفان

المضاد للبرداء

للعليم ترابو .
ترجمة العليم جمال الدين الفحام

حالت اسباب قاهرة دون حضوري جلسة الجمعية الاخيرة فحرمت سماع محاضرة زميلنا العليم عرقتنجي. وبما ان الموضوع الذي بحث فيه كبير الشأن رغبت في الاطلاع عليه فطلبت المحاضرة وقرأتها وجئت ابدي عليها بعض الملاحظات : انني اجاري العليم عرقتنجي في رأيه واقرّ بذيفان او بذيفانات بردائية. لان بعضاً من التظاهرات كالشواشات النفسية (psychoses) والتهاب الاعصاب المديدة ، والتهاب الوتين (aortite) في التشمع الضموري لا يستطاع تعليلها اذا لم يسلم بهذه الذيفانات .

كشف ماركيافا وتشرنيكوف النقاب عن آفات مستبطنة للخلايا في عناصر الدماغ النبيلة مستقلة كل الاستقلال عن كل آفة وعائية ولا علاقة لها بالمصورات الدموية. وقد عزواها بحق الى الذيفانات دون المصورات .

ويقرّ لودنتاك ومانسون وغيرهما بالذيفانات البردائية واسلم بدوري ان هذه السموم والذيفانات قد تكون في الدم الجاري ، مع ان تقطع نوب البرداء يحملنا على الظن بغيبتها في فترات النوب ، في ذلك الوقت الذي يجمع فيه زميلنا الدم من مرضاه .

ويعتقد لودنتاك ان الذيفانات تنطلق حين انفجار الاجسام الوردية اي

في اثناء نوب الحمى . ومن جهة اخرى اذا كان الترياق (او مضاد الذيفان) يتكون بعد الحقن بالدم ، فهو يتكون بدونه ايضاً ، لاننا حين نجمع من الوريد ١٠ اعشراء (سنتمترات) مكعبة من الدم ، ثم نعيدها للمريض بحقن تحت جلده بها . نكون قد اعدنا اليه ما اخذناه من كريات حمر وذيفان وترياق

فما هي الفائدة المجتناة اذن من هـذه العملية ؟ فاذا كان العليم عرقتنجي حقق طريقته بحقن شخص سليم بدم شخص برداني بقصد وقايته فهو يعرض ذلك الشخص للبرداء لانه يكون قد اجرى معالجة بالبرداء اقل ما يقال فيها انها في غير محلها .

وهو بحقنه اطفالاً بردائيين بدماء الامهات المصابات بالبرداء قد يحقنهم بزمرة بردائية غير الزمرة التي سببت البرداء فيهم ، كادخال المصورات الوبالية علاوة على المصورات النشيطة التي كانت فيهم قبلًا ، وليس هـذا الامر في سورية مجرد فرضيات والزمرتان البردائيتان منتشرتان فيها وقـد تجتمعان في البيئة الواحدة .

ويعترف العليم عرقتنجي نفسه ان مرضى القرية حيث اجرى اختباره ، لم تكن فيهم مصورات نشيطة (vivax) فحسب ، بل منجلية (falciparum) ايضاً مع ان هـذه نادرة .

واخيراً ، فالاشهر السبعة التي انقطعت النوب في اثنائها لا تكفي للنطق بكلمة « شفاء » وهو يستدعي بحسب ريو زها ١٥ — ٢٠ سنة تنصرم على الشخص بعد ابتعاده عن البلدة التي اصيب فيها . حتى ان هذه المدة نفسها لا تكفي للقول بالشفاء الا بعد وخز الطحال والتي مرات وتحقق غيبة المصورات

الدموية والخلايا الصباغية غياباً نهائياً من الاعضاء المولدة للدم .

وانكم تدركون ان هذه الاختبارات لا تتم بدون اخطار قد يتعرض لها المريض ، فلا مجال اذن للركون اليها ارضاء لغاية في النفس .

أضيف الى ذلك ان الحقن بالدم جميعه في البرداء لا اراه منطقياً ، فاذا كان الذيفان قد حث البدن لتكوين الترياق فهو في المصل ، فلِمَ الحقن بالكريات الحاملة للمصورات الدموية ؟

وليس الاستمصال نفسه مستطاعاً الا متى اخذ المصل من بردائيين انقطعت نوبهم منذ عدة سنين اي انهم في حالة الارتكاس الآخر «allergie» البردائي ، وهذا معادل في البرداء للاستمصال بمصل الناقهين في الآفات الجرثومية كما في الربيض (typhus) . على ان هؤلاء الحملة للترياق البردائي المفروض يصعب تمييزهم ليستفاد منهم هذه الفائدة الموهومة في حين ان الكينين والزرنيخات لا تنكر فائدتها الثابتة .

هذه هي ، يا سادتي ، الملاحظات التي أوحت بها الي تجربة زميلنا .

المناقشة

العليم اسعد الحكيم : ارى ان المناقشة التي اوردها العليم ترابو نظرية بحتة وليست عملية فان العليم عرقتنجي لم يرد ان يثبت افضلية طريقته على الطرق الاخرى فهو قد حقن مرضى بردائيين بدمائهم فكانت النتيجة ان وقفت النوب فوقفها دليل على فائدة الطريقة والعليم عرقتنجي لم يعد انقطاع النوب شفاء كما توهم العليم ترابو بل ترك للمستقبل الحكم في استمرار هذه النتائج وقد اشار الى تحسين هذه الطريقة بحقن المصل فقط للتجارب المقبلة

والنتيجة ان العليم عرقتنجي روى الحوادث كما وقعت ولم يقل بافضلية هذه الطريقة على الكينا او سواها .

العليم ترابو : ارى ان نقدي عملي صرف ولبس نظرياً كما يدعي العليم اسعد الحكيم فان هذه التجارب التي اجراها العليم عرقتنجي بعد ان بدت نتائجها مشجعة ربما دفعته الى حقن مرضى برداثيين بدماء مرضى برداثيين غيرهم وفي هذا ما فيه من الخطر كيف لا وقد اشار في تقريره الى حقن الاطفال بدماء امهاتهم . ثم انني رغبت من جهة ثانية ان ابين ان هذه الطريقة التي اتبعها العليم عرقتنجي في المعالجة وهي الحقن بالدم بعيدة عن المنطق لان الترياق (antitoxine) الذي يريد الاستفادة منه موجود في مصل الدم فكان الاحرى به ان يستعمل المصل في المعالجة لا ان يحقن بالدم كله وفيه الكريات حملة الطفيليات البرداثية التي قد تكون خطراً شديداً على المحقون بتلقيحها المريض ثانية بالبرداء .

العليم عرقتنجي : اننا لم نحقن حتى الآن المرضى الا بدمائهم فقط ولسنا نضع طريقتنا هذه وهي لا تزال قيد التجربة، في مقام الطرق الدوائية الكيمياوية التي ثبت فعلها ولسنا نعلم طرز تأثير الاستدماء الذاتي (autohémothérapie) في طريقتنا هذه، وجل ما نعلم ان نتائجه كانت حسنة ولا يستطاع نكرانها اذا تركنا النظريات جانباً .

* * * *

٢ ــ حادث تناذر ارب مع ام الدم

الساكنة في الجزء الصاعد من الابهر

للطبيبين : حسني سبح و جمال الدين الفحام

استشفت المدعوة ن . س . في قاعة ابن سينا لاضطرابات في المشي ، عمرها خمس وخمسون سنة لم تجهض وليس في سوابقها الشخصية ما يسترعي الانتباه سوى موت اولادها في السنتين الاولاوين من اعمارهم وظهور اندفاعات على الجلد ، وقروح على الشفتين ، وقد بدت هذه العوارض منذ سنتين وغابت ببعض الحقن الدوائية .

اما مرضها الحالي فقد ابتدأ منذ عشرة ايام قبل دخولها المستشفى بنمل وخدر في الساقين وصعوبة تدريجية في المشي ، ثم اخذت هذه الصعوبة تشتد حتى لم تعد تستطيع المشي اكثر من بضع دقائق فكانت تضطر الى الجلوس لتستريح ثم تمشي ثانية وكان هذا العرج المتقطع الحركي يزداد يوماً عن يوم وافضى اخيراً الى اضطراب بيّن وثابت في المشي ، وظهر عدا هذا التناذر الحركي في المريضة تناذر آخر حسي ، متمثل بنوب مؤلمة تشبهها المريضة بالحروق (وهذا هو العرج المتقطع الحسي) .

وقد كشف فحص العليلة يوم دخولها المستشفى عن كساحة(paraplégie) سفلى تشنجية واضحة الاعراض : فالمشية تشنجية جلية ، والحركات الطوعية

محدودة في الطرفين السفليين حتى ان المريضة لم تكن تستطيع رفع ساقيها اكثر من ٣٠ سم ، والقوة القطعية (segmentaire) متناقصة في العضلات العاطفة . والمنعكسات الوترية من داغصية وعرقوبية مزدادة مع اهتزاز نظير الصرع في القدمين وبابنسكي فيهما ومنعكسات الجلد البطنية غائبة مع سلس خفيف في البول وليس في الحسين السطحي والعميق اقل اضطراب والمنعكس الحدقي طبيعي ، وليس في المريضة ارتعاش ولا رأرأة ولا اضطراب الانتظام . وبقية الاجهزة سليمة الا نفخة لطيفة في البؤرة الوتينية وعدم تساو في النبضين الكعبريين فالنبض الايمن أضعف من الايسر ، وعلامة اوليفر سلبية . والضغط الشرياني ١٥,٥ — ١١ في جهاز فاكز . وارتكاس واسرمان في الدم ايجابي وليس في البول اي أثر للآحين او للسكر .

وقد اسفرت نتيجة البزل القطني عن النتائج الآتية :

الضغط : طبيعي ، السائل رائق ، اختبار كوكنستت ايجابي .

الآحين ٠،٣٥ ، اللنفاويات ٦ في الملم٣ من حجيرة ناجوت . ولم يجر ارتكاس واسرمان ولا الجاوي الغروي على السائل .

وقد دلّ الفحص الشعاعي ان القلب طبيعي سواء أفي حدوده او في اقطاره ، وظهر به ظلٌّ نابض في الحافة اليمنى من الظل القلبي الوعائي وقد بدا ذلك الظل في الوضع الجبهي بشكل شريط حافته مقبية ونبضانه مواقت لنبضان القلب . وبالوضع المائل الامامي الايمن كان هذا الظل يشغل القطعة الصاعدة من الوتين كأنه حبابة متسعة .

والخلاصة : ان مريضتنا كانت مصابةً بكساحة ارب السفلى الشوكية

العادية مع ام دم الوتين الساكنة في قسمه الصاعد وام الدم هذه لم تحدث اي اضطراب وظيفي ولا اقلّ علامة مرئية . وقد شككنا فيها بالنفخة الوتينية المزدوجة التي لم تكن جلية تمام الجلاء وبتباين النبضين الكعبريين الامر الذي نسنده الى اصابة الجذع الشرياني العضدي الرأسي .

وان العلامة اليقينية الاكيدة اقتبست من فحص القلب الشعاعي .

وقد عولجت المريضة معالجة نوعية حين دخولها ، فتحسنت الاضطرابات الحركية تحسناً بيناً حتى ان مشيتها اصطلحت ، ولما لمست هذه المريضة هذا التحسن اصرت على مغادرة المستشفى فاخرجت منه .

المناقشة :

العليم ترابو : ان تناذر أرب الذي كلمنا عنه زميلانا ليس نادراً فلا تكاد تمرُّ سنة الا واقدم منه لتلامذتي حادثتين او ثلاث حادثات فانه مع السهام (التابس) والفالج العام التظاهرات الدماغية النخاعية المألوفة في هذه البلاد فالداء الافرنجي في عرب الشرق الادنى مولع اذن بالجهاز العصبي خلافاً للداء الافرنجي في افريقية الجنوبية كما يستدل من المؤلف الجميل الذي وضعه لاكابار في هذا الموضوع ومنه يستنتج ان الافرنجي في تلك البلاد مولع بالجلد فقط .

❀❀❀

شفاء حادثة داء الرقص بالمعالجة الاستعضائية

للعليم شوكت موفق الشطي

رأيت هذه الحادثة في آنسة لها من العمر ١٤ عاماً وقد ظهر الطمث فيها للمرة الاولى منذ بضعة اشهر غير ان طمثها لم يكن منتظماً لا في مواقيته ولا في مدته فكانت مدة الاطهار تزيد في بعض الاحيان عن ثلاثين يوماً او تنقص حتى تصبح اربعة ايام كما ان مدة الطمث كانت تختلف بين يومين وعشرة ايام . تأخر في المرة الاخيرة طمثها شهرين اضطربت فيهما اطوارها فاصبحت ذاهلة مفترة وغير متبصرة خرقاء يقع من يديها احياناً ما تحمله وبدت فيها حركات غير ارادية وغير منسقة في اثناء العمل وفي الراحة .

واخذت تشكو آلاماً عضلية تأتي بغتة وتزول كما اتت لا تزيد مدتها عن بضع ثوان . وتشبه المريضة هذه الآلام بوخز السهام . اما الحركات غير الارادية فقد بدت في الوجه والطرفين العلويين ولم تشاهد في الطرفين السفليين فكان الوجه يتصعر وترتسم عليه بالتتابع مظاهر السرور والخوف والغضب والحزن دون ان تحرك النفس اقل عاطفة .

وقد بدت الحركات في الطرفين العلويين بتتابع حركات الانعطاف والانبساط في الاصابع وبخفض الكتف وارتفاعها . غير ان هذه الحركات لم تكن شديدة وتؤثر فيها الارادة بعض التأثير لذلك كانت المريضة قادرة

على تناول الطعام بنفسها وتستطيع ان تلبس ثيابها وان تخلعها عنها حتى انها كانت تشارك والدتها احياناً في بعض الاشغال البيتية .

فحصت المريضة بعد ان تأملت في ما بدا من العلامات فيها فلم اجد في اجهزتها المختلفة ما يدل على حالة مرضية ، اعضاؤها المختلفة سليمة

سوابق المريضة : عادتني المريضة لثلاث سنوات خلت شاكية الاعراض نفسها وكانت تصحبها تظاهرات رثوية خفيفة . عالجتها اذ ذاك بالأدوية النافعة في هذا المرض كالصفصافات وسائل فولر والانتبرين فشفيت في شهرين

سوابقها الوراثية : ليس في سوابق ابويها ما ينم على مرض وراثي ولا تبدو فيها امارات تشير الى اصابتها بمرض وراثي . لم تجهض والدتها في حياتها مطلقاً لها اربعة اولاد ثلاث بنات احداهن مريضتنا وغلام في احدهم تظاهرات مرضية وراثية .

يتضح مما تقدم ان تشخيص المرض في مريضتنا لا يدعو الى الشك فرضها داء رقص رثوي . لذلك لم اتردد في معالجتها هذه المرة بالأدوية المضادة لهذا الداء كما سبق لي ان عالجتها . غير ان المداواة لم تفعل فيها فعلتها الاولى فقد سكنت الآلام المفصلية اما الحركات غير الارادية فبقيت هي هي. وقد اضطربت والدتها لاستمرار الاعراض فيها فسألتني عما اذا كان من الممكن اعطاؤها علاجات مطمئنة معتقدة انه متى عاد طمثها زالت الاعراض عنها لانها بدأت بزواله وترى انها لا تزول الا بعودته وقد اوحى حديثها اليّ خبر اختبار مفعول الاستمضاء في هذا الداء فكلفت المريضة ان تجرع يومياً ٣٠٠٠ وحدة من الحاثة الجرابية (hormone folliculaire) واخذت

احقن عضلاتها يوماً بمائة وحدة من حاثة الفص الامامي للغدة النخامية فلم تنقضِ على هذه المعالجة بضعة ايام حتى عاد طمثها وزالت بعودته جميع الاعراض التي كانت تشكو ها .

وقد خيل الي ان هذه الحادثة لا تخلو من فائدة لذلك رغبت في تقديمها لجمعيتكم خاصة وانني اعتقد ان هذه الحادثة لم تكن هرعية (هيسترياثية)حتى يقال بان قناعة المريضة بعودة طمثها ادى الى زوال الاعراض لان مياسم الهرع مفقودة في المريضة ولأن داء الرقص المذكور سبقته اصابة بداء رقص رثوي ومما يبدو لي مفيداً في هذه المشاهدة انه ما من كتاب بحث عن فائدة الاستضماء في هذا الداء ولا نكران ان ذلك قد يكون من باب الصدفة لان داء الرقص الرثوي يشفى عادة في شهرين . ولكنني وجدت ان مجال الاختبار واسع في هذه الناحية لذلك عرضت هذه المشاهدة على مسامعكم حتى اذا اردفتها مشاهدات اخرى تماثلها وتؤيدها وجد الطبيب بين يديه سلاحاً قد يكون ماضياً في مرض لا يندر استعصاؤه

المناقشة : العليم حسني سبح : ان ما يسترعي الانظار في هذه المشاهدة تأثير الارادة في وقف الحركات غير الطوعية البادية في المريضة فقد لا يكون الداء رقصاً بل ارتعاشاً او نوعاً من العرة (tic) في مريضة مضطربة الاعصاب لانقطاع طمثها.

ولست اظن ان الاستعضاء الذي نسب زميلنا شفاء حادثته اليه يجوز تعميمه في معالجة داء رقص سيدنهام لان هذا المرض انتاني المنشإ وآفاته التشريحية المرضية معلومة وهو يختار الاطفال من الجنسين قبل سن البلوغ اذ لا تكون الغدد التناسلية في دور نشاطها ولا قصور فيها لتحتاج الى الاستعضاء

واذا كان لهذه المعالجة من تأثير فيجب ان يكون بعد سن البلوغ كما في الرقص آلحلي الذي يستعصي على المداواة وقد يضطر فيه الى وقف الحمل وقد ذكر الزميل داء الرقص الرثوي ولست اجاريه في هذه التسمية لان داء رقص سيدنهام مستقل كل الاستقلال عن الرثية ولو شاركها في احداث الاختلاطات القلبية . واقول على سبيل الذكرى انني جنيت فائدة من طريقة جيلات (Gilette) بالطرطير المقيء في حادثتين اخفقت فيهما المعالجة الزرنيخية .

العليم الشطي: لم تكن الحادثات العصبية التي شاهدتها في المريضة من نوع التوجن العصبي (névropathique) بل حركات داء الرقص وقد عاودت المريضة مرتين بينهما فاصلة طويلة وكانت متشابهة في كلتيهما وقد كان للمعالجة الصفصافية اكبر فعل في الشفاء وهذه المعالجة درسية .

العليم ترابو : ارغب في نقد المناقشة نفسها ان المعالجة الدرسية لداء الرقص هي بالمعالجة الزرنيخية وكثيرة هي الحادثات التي شفاها محلول بودن في شعبتنا اما طريقة جيلات فليست جديدة وقد ذكرتها في الجزء الثالث من مؤلفي المسمى « استشارات الطبيب الممارس » .

* * *

٤ ــ مذكرة موجزة عن حادثة جديدة

لمرض لثوبرجه

للطبيبين ترابو و جمال الدين الفحام

حينما قلنا لـكم في تقرير سابق ان التهاب الشريان الساد ليس بقليل في هذه البلاد ، كنا نتوقع ان نشاهد في يوم من الايام حادثة جديدة من داء لثوبرجه . وبعد ان وقع ما كنا ننتظره نقدم لـكم الآن بايجاز هذه المشاهدة مع بعض ملاحظاتنا عليها .

ان المدعو رضا ع . . . من قرية جوبر دخل المستشفى العام في العاشر من شهر اذار سنة ١٩٣٧ وهو مسلم في الخمسين من عمره ، وقد مضى على زواجه ثلاثون عاماً . وامرأته صحيحة البدن ولدت له ثلاثة اولاد اصحاء ولم تجهض مطلقاً .

وليس في سوابقه الشخصية ما يدل على مرض ما عدا بعض نوب بردائية كما انه لم يصب قط بداء الافرنج . جاء المستشفى لوذمة في طرفيه السفليين مع بهج (dyspnée d'effort) وقد سبق هذه الوذمة بخمسة عشر يوماً نمل وآلام عميقة تشتد ليلاً مع زوال حس اللمس المترقي في الاطراف . وقد ظهرت تلك الوذمة فيه قبل دخوله المستشفى بثلاثة ايام ، وهي وذمة صلبة غير ان الاصبع تنطبع فيها ومؤلمة بالضغط وهي أجسم في الطرف الايمن منها في الايسر وتصل حتى الركبتين في الطرفين . وترى على سطح الجلد سحائب

حمر بحذاء الساقين . وقد اصطبغت عدة اصابع في القدمين بلون واضح الزرقة . اما الحرارة المحلية فشديدة الهبوط وهـذا ما امكن تحققه بسهولة بوضع اليد بالتتابع على جلد البطن والساقين . والاقسام المزرقة امحى فيها حس الوخز بالابرة .

وقد ظهرت حوادث مشابهة في اليد اليمنى ومثلها في اليسرى ولكنها اخف ، وبدت تشوشات دورانية مقرها الانف والاذنان . فتناذر لثربرجه بديهي وظاهر للعيان يثبته قياس الاهتزاز الشرياني وهو كما يأتي :

في الطرف العلوي الايمن : في العضد : الضغط الأعلى ١٤ والادنى دون الصفر
« « « في الساعد : لم يمكن قياس الضغط ولا اخذ الاهتزازات
« « الايسر : في العضد : الضغط الاعلى ١٤ والادنى دون الصفر

الاشارة الاهتزازية (٤)

في الطرف السفلي الايمن : في الناحية فوق الكمين،وتحت الداغصة:الاهتزازات ممحوة
« « الايسر : « « « « ممحو
« « تحت الداغصة : الاعلى ١٨ المتوسط ١٠ الادنى ٥

الاشارة الاهتزازية (٥)

اما الفحوص المخبرية فكانت منها النتائج التالية :

ارتكاس واسرمان : سلبي في الدم ، والبولة الدموية ١,٨٠ غ ، والكولسترين ٣,٤٠ سغ .

عدد الكريات البيض مزداد : ١٨٤٠٠ في الملم٣ . وهذه الزيادة هي في كثيرات النوى التي تبلغ ٩٠ ٪ ، واما نسبة وحيدات النوى فـ١٠ ٪ وحبات الحامض غائبة .

وقد كشفت تفسرة البول عن أثر زهيد من الآحين .

ولهذه المشاهدة شأن كبير لاشتراك مرض لئوبرجه مع مرض هوچغسون النامة عليه نفخة استرخائية في البؤرة الوتينية مع تناذر فلنت الإكليلي ونبض كوريغان ورقص الشرايين الذي يشبه تمام الشبه ثعباناً متموجاً على وجهي ثنيتي المرفق الاماميين ، تضمحل تموجاته وهلة بحذاء النواحي التي نقص فيها الدم او اختل ريها والكائنة تحتها مباشرة .

وعلاوة على ذلك كله ففوق عانة المريض ورم بحجم البطيخة ، صلب متحرك على السطوح العميقة والسطحية منحصر بين وريقتي المابساريقا ، وهذا ما ايده فتح الجثة الذي اظهر كذلك انسداداً في الشرايين الكبيرة السطحية في الاطراف مؤيداً تشخيصنا وسنعود الى ايضاح هذا فيما بعد حين ذكر فتح الجثة العياني والمجهري .

اما اليوم فاننا نرغب في لفت نظركم الى الامور التالية التي سبق ان تحققناها فيما مضى وهي :

١ً) وجود بؤرة من التهاب الاوعية الدقيقة السباد في آسية الصغرى ، وهذه هي الحادثة الثانية التي نذكرها خلال بضع سنين .

٢ً) العرق الاسلامي معرض للاصابة بهذا المرض كاليهود ، لان المشاهدتين اللتين اوردناهما كانتا في مريضين مسلمين .

٣ً) ان كولسترين الدم مزداد كثيراً (من غرامين الى ثلاثة غرامات) فاكثر كما اظهرت مشاهداتنا .

٤ً) ان تقصير الكبد ليس غريباً عن احداث هذا الداء فان كبد مريضنا

كانت ضخمة . وازدياد بولة الدم سببه قصور الكبد اكثر من قصور الكلية الذي تنقص اعراضه السريرية .

وفي الختام نلفت نظركم الى اشتراك مرض هودغسون مع تناذر لئوبرجه ذلك الاشتراك الذي لم تذكر المؤلفات التي نعرفها مثالاً آخر نظيره وليس الامر غريباً ومرض لئوبرجه والعصيدة (l'athérome) مرتبطان بغريزة مرضية واحدة هي ازدياد الكولسترين في الدم .

المناقشة ، الحكيم حسني سبح : يتضح من المشاهدة التي اوردها الاستاذ ترابو ان مريضه كان متجاوزاً الخمسين وانه مصاب بداء هودغسون وقد بدت فيه ام الدم وآفات في الشرايين الكبيرة ووذمة في الساقين تترك الاصبع فيها اثراً وبولة دمه ١،٢٠ غم . واظن ان هذه الاعراض لا تبدو في داء لئوبرجه لان المؤلفين مجمعون على ان هذا الداء يختار الفتيان ويظهر بين ٢٠ - ٤٠ من الحياة وانه يصيب الاوعية من شرايين وأوردة حتى العروق اللنفاوية ايضاً ولهذا سمي التهاب العروق الساد (thrombo-angéite oblitérante) فآفاته تنحصر في الشرينات دون الجذوع ولا صلة له مطلقاً بالداء الافرنجي ولهذا سماه البعض انسداد العروق غير الافرنجي ولا ترافقه آفة كلوية . بيد ان الاعراض التي يبديها المريض واخصها داء هودغسون وام الدم واصابة الجذوع الشريانية تحمل على الظن بكونها افرنجية المنشأ على الرغم من سلبية تفاعل واسرمان . وقد استرعى نظري في المشاهدة قول الاستاذ ترابو «العرق الاسلامي والعرق المحمدي» مع انه لا عرق ديني على ما اعلم بل ان هناك العرق العربي .

العليم ترابو : لا يستطاع عزو الآفات الى داء افرنجي وهمي ليس في المريض ما يؤيده فلا السوابق الشخصية او الارثية ولا تفاعل واسرمان تثبت هذا الظن لست اجهل ان داء هودكسون افرنجي المنشا في الغالب غير انه قد ينشأ ايضاً من عصيدة الوتين (athérome de l'aorte) حتى من البرداء وقد دل فتح الجثة ان الوتين كان صلباً ومتكلساً عند منشاء فسبب داء هودغسون في مريضنا والحالة هذه العصيدة لا الافرنجي. وقد امتدت الصلابة والتكلس الى جميع الاوعية المحيطية والى الوريدات والشرينات فكان ما نسميه التهاب العروق الدقيقة الخثري (thrombo-angéite) وهذه الخثرة التي صودفت وعلت في الطرفين السفليين تجيز لنا هذا النعت الثالث : الساد. يقول الاستاذ سبح ان داء لثوبرجه لا تتكلس فيه جدران العروق بل تنسد بالخثرة ولكن ليعلم ان داء برجه تناذر (syndrôme) وانه ليستطيع ان يسدّ العروق الدقيقة باشكال متنوعة فاذا كانت الآفات التي صادفناها لا توافق ما صادفه سابقاً لثوبرجه منها فهذا دليل على اننا قد صادفنا شكلاً جديداً من الداء لان الحادثة التي قدمناها من الوجهة السريرية هي التهاب العروق الدقيقة الخثري الساد واذا كان عمر المريض لا يناسب اعمار المرضى الذين اعلنت مشاهداتهم حتى الآن فتكون مشاهدتنا نادرة من هذه الجهة ايضاً وهذا سبب جديد آخر يدعونا الى اطلاعكم عليها .

العليم شطي : انني فتحت جثة هذا الشخص وفحصت حتى الآن عدة مقاطع منها فحصاً نسيجياً فلست ارى مانعاً ، مع ان فحوصي لم تنته بعد، من اطلاعكم على بعض ما صادفت : فعلى مصاريع الوتين وجدت صفائح

عصيدية وجدران الوتين كانت صلبة هشة تنكسر متى ضغطتها الاصابع . وجميع الاوعية المحيطية من شرايين واوردة : اوعية الساق والساعد كانت مسدودة بالخثرة وجدرانها كانت هشة ومتكلسة فلم يكن شك من الوجهة النسيجية في انسداد هذه العروق وفي تناذر لثوبرجه اما آلية هذا الانسداد الخثري فستوضحه الدروس النسيجية المقبلة

العليم شارل : لقد اسعدني الحظ ان تحققت نسيجياً وتشريحياً مرضياً اشتراك الاوردة بالآفة . فان ما يدعيه العليم سبح ان الانسداد الخثري في داء لثوبرجه لايصعد الى العروق الكبيرة يخالف الحقيقة لانني صادفته في مشاهدات لا شك عندي في انها من نوع لثوبرجه . والامر الغريب في مشاهدة الاستاذ ترابو سرعة الآفة مع ان هذا الداء طويل السير ويستغرق سنوات .

العليم ترابو : لم اقل ان داء لثوبرجه في مريضي قد اقتصر سيره على الايام القليلة التي قضاها في المستشفى ولا انكر ان تكلس العروق قد استغرق سنوات قبل ان يتحقق ولكن آفات الاوعية في العروق الصغيرة تطرأ عليها في سياق سيرها الطويل حالات تشنجية فتسرع سدها ويمتد هذا الانسداد شيئاً فشيئاً محدثاً الغنغرينة التي تسبق الموت .

❀ ❀ ❀

درس المستشفيات العربية على ضوء المقياس الحاضر

للعليمين امين خير الله وسامي الحداد من شعبة الجراحة في الجامعة
الاميركية في بيروت
ترجمة العليم وجيه نجا

تذكرنا حركة تنظيم المستشفى التي تقوم بها كلية الجراحين الاميركية، هذه الحركة التي تعنى بالعمل لخير المستشفيات اقتصادياً وادارياً وتنفيذياً، تذكرنا بجهود الخلفاء الأول والاطباء العرب للقيام بأسس مماثلة لتسيير دفة مستشفياتهم منذ القرن الثامن حتى الرابع عشر وان مقابلة هذه المستشفيات الاولى بالمؤسسات الاخرى المعاصرة والحديثة لا يخلو من لذة .

والحقيقة ان العرب هم اول من أسس مستشفيات منسقة تنسيقاً جميلاً مع ادارة حسنة ، هذا هو المقبول بصورة عامة . ولكن المستشفيات للعناية بالمرضى قديمة قدم المدنية نفسها. في تاريخ مصر القديم عُبد امهوتب (٢٩٦٠) ق.م . واقيمت لتقديسه معابد المداواة . والٓه الاغريق اسكولابيوس ورفعوا معابد جميلة للمداواة واشتهر كثير منها مثل معابد كوس وايدوروس وكريدوس وبرغاموس .

وعند ما تقدمت المسيحية ارتبطت المستشفيات بالكنيسة وادارهـا الكهنة . كانت المستشفيات يوم ذاك ملاجيء المرضى الطريدين لا تقدم فيها مداواة ما ، وفي القرن الخامس عادت المستشفيات والمدارس الطبية النسطورية نموذجاً اخذ عنه العرب فانتشرت شهرة جنديسابور ونصيبين

انتشاراً عظيماً . وفي غضون العصور الوسطى بنيت مؤسسات كثيرة في مختلف انحاء اوربة اشهرها مستشفى (اوتيل ديو) في باريس وان مقابلة هذا المستشفى بالمستشفيات العربية التي عاصرته تنير الموضوع .

يقول ماكس نوردو في وصف هذا المستشفى : يستلقي في فراش واحد وفي عرض معتدل اربعة مرضى او خمسة او ستة فترى قدمي الواحد في جانب رأس الآخر والاطفال الصغار الى جانب الشيوخ الشيب . . . . حقاً ان هذا لا يصدق ولكنه الحقيقة الواقعة ، فالرجال والنساء مختلطون معاً في فراش واحد تجتمع اجسامهما ، فهنالك امرأة تئن بين مخالب المخاض الى جانب رضيع يتلوى من التشنجات ، ومصاب بالربيض (تيفوس) يحترق في هذيان الحمى الى جانب مسلول يسعل سعلته الجارحة ، ومصاب باحد الامراض الجلدية يمزق جلده الاجرب باظافره الثائرة . . . . وكثيراً ما احتاج المرضى لأعظم الضروريات . . . وكان يقدم لهم ادنى الاطعمة مقاديرها قليلة وفواصلها غير منتظمة . وتتراكم الحشرات في الدار كلها وتسوء رائحة الهواء في قاعات المرضى حتى ان الزوار ما كانوا يجرأون على دخولها الا بعد ان يضعوا على وجوههم اسفنجة مبللة خلاً . وتبقى عادة جثث الموتى اربعاً وعشرين ساعة على الفراش ويغلب ان تبقى مدة اطول قبل ان تنقل وكان المرضى في هذا الوقت العصيب يقاسمون الجثث الصملة الفراش الذي يخبث ريحه حالاً في هذا الجو الجهنمي ويحوم عليه ذباب الجيف (١)

وللمقابلة انظر ما كتبه المؤرخون والسواح المعاصرون عن المستشفيات

(١) Haggrds, H.W. Devils, Drugsand Doctors P. 33

العربية في ذلك الوقت . يقول البلوي (١) واصفاً مستشفى المنصوري في القاهرة ما يأتي :

في هذا المستشفى يبلغ عدد المرضى المقبولين والناقهين المصروفين اربعة آلاف يومياً ، وعندما يداوى المريض ويخرج يتناول صدقة المستشفى وهي ثوب وكمية من الدراهم تقوم بحاجاته الضرورية . . . . واما غذاء المرضى فهو لحم دجاج وضأن والاثاث والفراش والثياب تنافس بترفها ما يزين قصور الخليفة والامراء .

ويقوم بالاعمال اطباء مهرة ومفتشون قادرون ومدبرون مهذبون وخدم عاملون جميعهم ينصرفون للقيام بكل حاجات المرضى ، وبكلمة واحدة كل شخص يعرف ما عليه من الواجبات فيقوم بها دون اهمال ، ولا يكفي كتاب تام لوصف هذا المستشفى بالتفصيل .

ويصف الرحالة المعروف ابن جبير المستشفى الذي بناه صلاح الدين ورآه في اثناء زيارته القاهرة سنة ٥٧٨ هـ الموافقة لسنة ١١٨٢م. كما يلي :

رأينا من اعمال هذا السلطان المجيدة المستشفى في القاهرة وهو قصر رحب جميل . . . . ويدير المستشفى مدير مقتدر عنده كل انواع الادوية والجرعات . وفي مختلف اروقة القصر مدت الفرش مع اغطيتها لينام المرضى فيها . ويلي المدير امناء يسهرون على راحة المرضى ليلاً نهاراً ويعطونهم الغذاء والجرعات الموافقة . وللنساء رواق خاص وتعتني بهن ممرضات ويتصل بالرواقين رواق ثالث كبير غرفه عديدة ذات نوافذ مشبكة بالحديد هنا يحجز

(١) خالد عيسى البلوي مؤلف كتاب — تاج المفرق في تحلية علماء المشرق.

على ذوي العاهات العقلية . فيعتني بهم وكلاء اختصوا بهم . ويعرف السلطان احوال المستشفى فهو دائم السؤال عنه والبحث فيه يشدد في العناية التامة والدائمة به .

ويصف ابن جبير بعبارات تشبه ما اثبتناه مستشفى المنصوري في بغداد والنوري في دمشق .

شيد العرب في نصف قرن من وفاة النبي دولتهم من الصين الى الاتلانتيكي ثم حولوا نبوغهم الى العلم والفن والمدنية فاحتفظوا بالصالح من المدنيات القديمة التي لولاهم لذهبت ضحية الضياع . وفي غضون الحقبة بين القرنين الثامن والخامس عشر اضافوا مدنية جديدة الى ما احتفظوا به من المدنيات القديمة ، ولم يعطوا اوربة مدنيتهم فحسب بل قدموا لها مدنيتي الرومان والاغريق وهكذا وضعت اسس عصر الانبعاث . وان علم الطب مدين لهم كثيراً خاصة في الكيمياء والاقرباذين وطب العيون . وكانت مستشفياتهم مثالاً قلده الغير فكانوا يفاخرون بتنظيمها وادارتها وكان لهم في بغداد ودمشق والقاهرة وقرطبة وحلب والقدس، سمرقند وغيرها من المدن مستشفيات عامة اديرت تبعاً لطريقة واحدة .

مقر المستشفى

كانوا يختارون مقر المستشفى بعد امعان دقيق ولا يعنون بحاجة الجوار فحسب بل بالشروط الصحية المحيطة ايضاً وبتوفر الماء والقرب من الجامع . . . الخ . وقصة الرازي معروفة فقد طلب اليه الخليفة ان يختار مقراً لمستشفى العضدي الذي عزم على انشائه فارسل الرازي عدداً

من رجاله فعلقوا قطعاً من اللحم الغض في مختلف احياء بغداد وفي اليوم الثاني انتخب المكان الذي كانت قطعة اللحم فيه اقل تنتناً. وحينما بحث صلاح الدين عن مقر المستشفى الناصري انتخب مكاناً لوحظ خلوه من النمل.

انواع المستشفيات

١ - مستشفيات الجذام: اول مؤسسة عرفت هي الملجأ الذي اقامه الوليد بن عبد الملك في دمشق سنة ٨٨هـ (٧٠٧ م) للمجذومين والعميان ثم تعددت الملاجيء بعد ذلك في مختلف انحاء الامبراطورية لبذل العناية الانسانية لهؤلاء التعساء.

اما في اوربة فقد امر فيليب سنة ١٣١٣ بحرق جميع المجذومين ..... ولقد كان المجذومون الاحياء الاموات اذا حرموا الاصدقاء والعيال يقبرون في اللازاريات (ملاجئ الجذام).

٢ - مستشفيات الامراض العقلية: تأسست الملاجيء للعناية بالذين اصابهم مس او عراهم ضعف عقلي في اوائل التاريخ الاسلامي وخاصة في عهد العائلة الاموية فكانوا يعتبرون المعتوهين معدمين وعالة على احسان الدولة، اذ ليست اصابتهم بقضاء من الله وقدر ...

اما في اوربة فكان المجانين يحرمون دخول المستشفيات وكانوا يقيدون بالسلاسل في بيوت الجنون تلك الاماكن التي كانت شراً من سجون تلك الايام فيبقون فيها حتى يحين اجلهم. مسكنهم وضيع وطعامهم قليل واجسادهم عارية فكانوا يموتون من الاهمال والعري اما مداواتهم

الوحدة فهي الضرب من وقت لآخر عند ما يصبح صياحهم مزعجاً .

٣ — المستشفيات السيارة

عند ما لاحظ الوزير علي بن عيسى الشروط غير الصحية في المستنقعات حول بغداد كتب لرئيس اطبائه ما يلي :

لقد فكرت في أولئك العائشين في السواد الذين لا يستطيعون اجتناب الامراض وما من طبيب يبذل عنايته لهم . . . . لذلك اطال الله عمرك ، ارسل لهم اطباء مع ادوية وجرعات وافهمهم ان يبقوا الوقت اللازم في كل مركز ليداووا المرضى وان ينتقلوا بعدئذ الى مراكز اخرى حيث تقضي الحاجة . (١)

٤ السجون

وكتب الوزير نفسه الى الطبيب ذاته يقول : لقد فكرت اطال الله عمرك في اولئك الذين في السجون فان عددهم الكبير وبرودة اماكنهم يجعلان اصابتهم بالمرض اكيدة وبما انهم محجوزون عن القيام بحاجاتهم الشخصية وعن استشارة الاطباء فيما يؤلمهم لذلك وجب ان نعين لهم اطباء يزورنهم يومياً ويحملون لهم الادوية والجرعات وعمل هؤلاء الاطباء هو ان يجولوا في السجون المختلفة فيداووا المرضى ويزيلوا آلامهم . (٢)

٥ . مراكز الاسعاف الأولي : عند ما شهد ابن طولون بضع حوادث ومفاجئات في الاجتماع الكبير في صلاة الجمعة اسس مركز اسعاف

(١) ابن ابي اصيبعة . عيون الانباء في طبقات الاطباء مجلد ١ . ص ٢٢١

(٢) اصيبعة - . ص ٢٢١ — ٢٢٢

اولي قرب جامعه فيه طبيب وصيدلية لتلافي كل مفاجأة ولمداواة من يحتاج الى العناية من المجتمعين . (١)

٦ — الجيش : كان للجيش جراح خاص ملحق به وكلما ذهب الخليفة الى الحرب اخذ معه اطباءه للعناية به وبجيشه . وكان ابن المطران الطبيب المقرب من صلاح الدين ورافقه في كل حروبه وكان له خيمة حمراء خاصة به تشبه خيمة صلاح الدين ولها مدخل كبير تعرف به . وعندما رأى الملك العادل ان العمل اثقل كاهل طبيبه امر بتعيين طبيب آخر للعناية بالجند . وكانوا يحولون الجرحى الى النساء لتمريضهم اذا اتاح لهم الحظ ان يعيشوا ، أو بلغة الاسلام، الى ان يشاءالله ان يهبهم تاج الشهادة او يمنه عنهم (٢) . .

من الطرافة ان نذكر هنا ان اطباءالعرب في ذلك العهد داووا عدداً من نبلاء الصليبيين . ففي اوربا حتى القرن السادس عشر كان رفاق الجرحى من الجنود يمتنون بهم او انهم يتركون لعناية البغايا اللواتي يتبعن الجيش .

٧ المستشفى العام: كان لكل مدينة كبرى في الامبراطورية مستشفى عام واحد على الاقل للعناية بالمرضى وهو مؤسسة حكومية يشيدها ويقوم بنفقاتها احد الخلفاء او احد كبار الامراء . وكان التشابه عظيماً بين هذه المستشفيات في كل شيء ، البناء والادارة والشعب . ويصح في اكثرها وصف عام . وقد بني بعضها تبعاً لتصميم موضوع ليكون مستشفى وبعضها الآخر كان في الاصل قصوراً حولت لمستشفيات .

---

(١) المقريزي ج ٢ . ص ٤٠٥

Muir Sir W. The Caliphate. P. 118 (٢)

ولكل مستشفى عام اروقة خاصة للذكور والاناث ولمداواة المجانين رواق خاص نوافذه مشبكة بالحديد. وخصصت شعب للحمى والاسهالات والجراحة والتجبير والحوادث العارضة وللاصابات العينية وألحق باكثر المستشفيات حمام عام والماء الجاري موفور ولا يستغنى عنه .

ومن اقسام المستشفى الصيدلية تحت اشراف صيدلي مجاز وهي مجهزة بالأدوية والشرابات والمقاقير والقوارير وبعض التحف التي هي في مقدمة حوانيت ادويتنا الحديثة .

وفي قاعة خاصة مكتبة تضم المفيد من مخطوطات ابقراط وجالينوس واطباء العرب يجتمع فيها الاساتيذ والطلاب بعد جولات الصباح .

المالية

كان للمستشفيات اوقاف تعولها. وكانوا يسجلون الوقف بالحاكم في حجج مكتوبة واقفين العقار ومبينين ان الغاية هي تسيير المستشفى والاعتناء بالمرضى .

وحينما شرب المنصور نخب مستشفاه في حفلة افتتاحه قال :

اني اكرس هذا المستشفى للرفيع والوضيع واقف هذا الوقف لمنفعة الملك والمملوك وللجندي والامير وللعظيم والحقير وللحر والعبد وللرجال والنساء (١) .

قابل هذا بمقال ماك ايشرن الذي يقدم فيه كتابه مقياس المستشفى :

يتصف مستشفى القرن العشرين بانه مؤسسة يحصل فيها كل رجل وامرأة وطفل بغض النظر عن الجنس واللون والنسب والمقام الاجتماعي على

(١) المقريزي . ج ٢ . ص ٤٠٦

احسن العناية التي يقدمها علم الطب للمرضى والمصابين .

وكانوا يولون ادارة الوقف كبار رجال الدولة وكانت الادارة تحت المراقبة التامة . ولاحظ ثابت بن قرة رئيس مستشفى العضدي في بغداد ان الوقف الذي يعود قسم منه لفائدة المستشفى وقسم آخر لبني هشام لا يديره المتولي – الصخر باستقامة فكتب الى الوزير ابن عيسى شاكياً واعلمه بما يقاسيه المرضى من قلة الفحم والمؤن والاغطية وغير ذلك من الحاجات فكتب الوزير على ظهر رسالة ثابت الى المتولي ما يأتي :

انكم ، شرفكم الله ، ستنظرون بما ذكر في هذه الرسالة . . . . وعلى كل حال . . . انه من المقرر ان تعطوا المستشفى حصته فانه اكثر استحقاقاً من الآخرين ويجب ان يفضل عليهم لضعف الذين يلجأون اليه وللفائدة العظمى التي تنتج منه . واعلمني، شرفك الله ، ما هي تلك اللعبة في نقص المال وضياع دخل المستشفى في الاشهر القليلة الفائتة وخاصة في هذا الوقت من الشتاء اذ اشتد البرد . اعمل كل ما يمكن وسارع في تأدية حصة المستشفى ليمكن للمرضى ان يتدفأوا بالاغطية والاثواب والفحم ولينالوا الغذاء والخدمة والادوية اللازمة واعلمني بكل ما فعلته في هذا الشأن .

الادارة

كانوا يعتبرون مقام مديرية المستشفى من اعظم مقامات الدولة فكانت على العموم تلقى في يدي احد الامراء او احد كبار القادة او احد الاشراف ويتصف المديرون بالمقدرة والثقافة العالية وكانوا محترمين ويتصلون بقصر الخليفة كاحد الوزراء ولهم الادارة التامة والمراقبة وحفظ المؤن والادوية

والاثاث وفي بعض الاحيان ادارة الوقف . ويلي المدير المراقبون ثم الامناء والخدم اما القسم الطبي من العمل فكان يرعاه الطبيب الاول يعاونه رؤساء مختلف الشعب ويعاون هؤلاء معاونوهم وتلاميذهم .

القبول

كانوا يفحصون المرضى في المستشفى. فيعطون من لا يحتاج الى الاستشفاء فيه وصفة تهيأ في صيدلية المستشفى ويحضر الطلاب هذه الاستشارات ويرقبون كيفية فحص المرضى وطرق مداواتهم . واما المرضى الذين بحاجة لعناية المستشفى فتدون اسماؤهم لقبولهم ثم يستحمون ويعطون اثواب المستشفى النظيفة وتؤخذ أثوابهم الخاصة وتحفظ . فيبقون في المستشفى حتى الشفاء التام وعلامته اكل رغيف من الخبز وفروج كامل . وعند ما يخرجونهم يعطونهم ثوباً وكمية من الدراهم لتقوم بنفقاتهم الضرورية خارج المستشفى

الهيئة العاملة والتعليم

كانت تعين الهيئة العاملة بعد تفتيش وفحص دقيقين . فكانوا يختارون احسن الرجال بغض النظر عن المذهب والجنس والمقام الاجتماعي والمظهر الطبيعي . فحينما بنى عضد الدولة مستشفاه المشهور في بغداد اراد ان يجمع فيه خيرة الاطباء فامر ان يدعى اليه احسن الاطباء واشهرهم في بغداد وملحقاتها .

فتجاوزوا المائة فاختار منهم خمسين تبعاً لما استطاع ان يعرفه من شهرتهم ومقدرتهم في ممارسة الطب . وكان الرازي واحداً من الخمسين وبعد انتخاب

اشد هبط العدد الى عشرة وكان الرازي احد العشرة ثم انتخب من هولاء العشرة ثلاثة وكان الرازي احد الثلاثة وبعد مقابلة الثلاثة اثبت الرازي انه اقدرهم فاختاره رئيساً للمستشفى (١)

وكان رؤساء الشعب ذوي مقدرة ومعرفة عميقة . فيترأسون الشعب ويراقبون المرضى يومياً ويعطون الوصفات اللازمة شفهياً واحياناً كتابياً للأدوية والتغذية .

عند ما اسس الملك العادل نور الدين مستشفاه في دمشق سلم الاعمال الطبية لابي المجد بن ابي الحكم . اخبرني (٢) شمس الدين بن الفرج ان ابا الحكم كان يقوم بجولات بين المرضى ليعرف احوالهم ويدبر شؤونهم . وكان معه معاونون وامناء وكل ما يكتبه للمرضى من وصفات او ما يأمر به من عناية ينفذ حالاً بلا اهمال . وبعد ان ينتهي من جولاته كان يصعد الى القلعة ويداوي مرضى الاشراف وموظفي الدولة ثم يعود الى المستشفى ويجلس في قاعة كبيرة جميلة الاثاث يقرأ الكتب ويهيء المحاضرات .

وقد وهب نور الدين - رحم الله روحه — المستشفى مجموعة كبيرة من الكتب وضعت في خزانتين كبيرتين. وكان يحضر عليه عدة اطباء وطلاب ويجلسون تحت قدميه فيعلم الطلاب ويباحث الاطباء في المواضيع الطبية والاصابات الصعبة وبعد ان يقضي ثلاث ساعات في المحاضرات والمناقشات والمراجعات يركب عائداً الى بيته (٣)

وكانت كثيراً ما تعقد الاستشارات الطبية ولم تكن هذه دائماً هادئة،

(١) عيون الانباء . ص ٣١٠ (٢) اصيبعة (٣) عيون الانباء . ج ٢ ص ١٥٥

شأنها اليوم ، فيتكلم اكبر المستشارين بالنيابة عن الجميع ويدونون الاستشارات وكانت الملاحظات اليومية تدون فيتابعون تقدم المرض بعناية تامة

وكانوا يكتبون تاريخ المرض وتحتفظ مستشفياتهم بسجلات لها كما في بغداد والدليل هو مجموعة مشاهدات المستشفى التي كان يشير اليها الرازي في (حاويه)

الامتحانات والاجازة

لم يسمحوا بممارسة الطب الا بعد امتحان وكانت الممارسة تحت رعاية الخليفة والطبيب الاول والمفتش العام .

في سنة ٣١٩ هـ (٩٤٩ م) بلغ الخليفة ان احد الاطباء ارتكب خطيئة ذهبت بحياة المريض فكتب الى طبيبه الاول يأمره ان يمتحن جميع الاطباء ويجيز من ينجح في الامتحان منهم فاجرى الامتحان واجيز للناجحين ان يمارسوا ما صلحوا له

وكان عددهم في جانبي بغداد اكثر من ٨٦٠ طبيباً عدا اولئك الذين لم يمتحنوا نظراً لشهرتهم واولئك الذين يقومون على خدمة الخليفة .

ولتولي مناصب المستشفى كان على الاطباء ان ينجحوا في امتحان الاختصاص ويجازوا فيه ولهذا الامر شأنه اذ حتى الآن لا نزال نتناقش في ما اذا كان يجب على الطبيب ان يتقدم للامتحان ويجاز ليمارس اختصاصاً ما .

لقد اخذت علماً بالاطروحة الجميلة المقدمة . . . . واني ارخص له ان يمارس صناعة الجراحة وارجو له احسن النجاح في اعماله لذلك انه يستطيع ان يداوي الجرحى حتى يشفوا . . . . ويقوم بالعمليات الجراحية . . . . على انه يجب عليه ان يستشير من هم اقدر منه في الصناعة واساتذته

المقتدرين المجربين (١) .

الخلاصة

نستطيع ان نرى بسهولة التشابه بين المستشفيات العربية ومؤسساتنا الحديثة ومع ذلك فانه يصعب جداً ان نتتبع اي تأثير مباشر بينهما .

لقد سقطت الدولة العربية في عقب القرن الخامس عشر بسرعة تشبه سرعة قيامها . فاكتسحها المغول والتتر في الشرق والجبهة المتضافرة من جنوبي اوربة وغربيها في الغرب . وضاعت مدنيتهم ولم يسعدهم الحظ بابقاء الامم المنتصرة عليها والاحتفاظ بها كما فعلوا هم قبلًا بالاغريق والرومان الذين حكموهم . وان القليل الذي تبقى فاسد ومشوه لدرجة اضاع روحه . ولكن يستطيع ان يتتبع المرء آثار العرب في مدارس سلارنو ومونبيليه وبادوا وباريس . فان تعاليم ابن سينا والرازي وعلي بن العباس والمجوسي وابي القاسم وابن زهر استمرت اجيالاً وبقيت مؤلفاتهم تستعمل في اوربا حتى القرن الثامن عشر .

من هذه المراجعة المقتضبة نستطيع ان نخرج بالامثولات الآتية :

١ - يجب ان يلحق بكل مستشفى مكتبة للمراجعة السريعة .

٢ — يجب ان تعطى الوظائف الطبية بعد فحص دقيق ويجب ان تبنى على الكفاءة والمقدرة .

(١) Issa-Dr Ahmed Bey-Histoire des Bimaristans à l' époque islamique . p. 20

٣ — يجب ان لا يسمح للطبيب بممارسة شعب الاختصاص الا بعد فحص دقيق وتعليم خاص .

٤ — يجب ان يجرى تفتيش ادق لمستشفياتنا يقوم به اعضاء مجلس الادارة او مفتشو الدولة .

٥ — يجب ان تؤسس صيدلية تامة مع صيدلي مجاز يشرف عليها .

٦ — يجب ان تسود في مستشفياتنا سياسة اكثر حرية فتجعل مفتوحة ولا تعتبر مؤسسات مختومة .

٧ — يجب ان يعامل كل مريض كانسان. وهذا لا يتناول العناية الطبية التي هي اعلى من كل لوم ، ولكنه يخص الخدمة والطعام .

٨ — يجب ان يبقى فقراء المرضى في المستشفى الى ان يستطيعوا الاعتناء بنفوسهم او ان يعطوا قليلًا من الدراهم تقوم بحاجاتهم الضرورية حتى يستطيعوا العمل .

٩ — يجب ان تسلم الادارة والعمل والمالية لاحد رجال الاعمال المقتدرين ويجب ان يبقى الاطباء احراراً لممارسة صناعتهم مبتعدين عن المشاغل الادارية .

١٠ — يجب ان تبنى مستشفياتنا في الاماكن الصحية وانه بتقدم وسائل النقل سرعة لم يعد للجوار من قيمة .

* * *

كسور الحدبة الفكية الخلفية في سياق خلع

الرحى الثانية أو الثالثة العلوية

ترجمة الطالب مصباح المالح

كثيراً ما يكون الطبيب منهمكاً في قلع الرحى الثالثة العلوية او الثانية احياناً فتنفصل قطعة عظم ضخمة من الفك في سياق الاستخراج فيشده ويضطرب ويقف شاكاً في صحة عمله . فاذا تحرينا الاسباب رأينا ان الطبيب لم يحدث اقل عنف او اي خطأ بل انه قام بعمليته كالعادة ولم يأتِ بحركة او عمل شاذ في سياق القلع وعلى الرغم من هذا فكسر حدبة الفك الخلفية قد وقع ، وتكون السن المراد قلعها وهي الناجذة (ضرس العقل) او سن الاثنتي عشرة سنة لا تشوش ولا شذوذ فيها ولم يلاقِ الطبيب صعوبة خاصة في اثناء القلع ولم يبدُ له قبله اي عرض دال على هشاشة العظم .

فاذا فحص المريض بعدئذ بدا فيه عادة ما يلي :

١ - يكون الغشاء المخاطي ممزقاً ويقع هذا التمزق غالباً في الجهة الحنكية ويعقب حدوث الكسر

٢ – ويلاحظ ان قطعة عظمية مختلفة الحجم متحركة وحركتها تابعة لتحريك السن المنغرسة فيها فاذا كانت السن المراد قلعها هي الناجذة اشتملت القطعة العظمية على القسم الخلفي من الحدبة كله ومرّ خط الكسر بالقسم

الوحشي لسنخ الرحى الثانية . ومتى كانت السن المراد قلعها الرحى الثانية كانت القطعة العظمية اوسع فاشتملت على الحدبة كلها مع الرحوين الاخيرتين وسنخيهما (وتكون الرحى الثالثة في الغالب غير مكتملة النمو).ويصل خط الكسر في العالي حتى الذرى او فوقها ايضاً .

٣ – وقد يرافق هذه الاختلالات العظمية ايضاً نزف مختلف الغزارة ولكنه لا يستوجب القلق ولا يوبه له احياناً (وذلك بفضل الادرنالين الذي يكون قد مزج بالمخدر الموضعي) . واذا حدث مثل هذا النزف فيكون فمياً فقط او فموياً وانفياً معاً .

الخطة الواجب انتهاجها : يتمم التوسط قبل كل شيء اي تقلع السن وتستخرج القطعة العظمية التي لا يستطاع اندمالها بل انها تتشظى وتكون مدعاة للتعفن اذا ما تركت في مكانها . غير انه اذا اقتضى الامر قلع الحدبة المكسورة مع السن او السنين المنغرستين فيها فلا بد من الابقاء على الغشاء المخاطي اللثوي الدهليزي والحنكي الذي يسترها . فنهيء مبضعاً ومسحاة (rugine) وادوات للخياطة (ابرة وخيوطاً من الكتان او الحرير) .

ونبدأ بفصل المخاط عن العظم المنفصل جميعه بحيطة فائقة بالمبضع والمسحاة متحاشين عن احداث تمزقات جديدة في الغشاء المخاطي . ومتى انتهينا من هذا الدور الدقيق تحررت القطعة العظمية ولم تعد مرتبطة بشيء بل انها تسقط من نفسها مع السن او الاسنان المغروسة فيها . ويسهل الانتباه حينئذ الى ان الجيب الفكي قد فقد ارضه (فاذا كان المخاط الجيبي ممزقاً يحصل نزف انفي ولكن هذا التمزق ليس بذي شأن) . وبعدئذ نخيط المخاط الحنكي او

الدهليزي اذا كان مشقوقاً ثم تقرب شفتي حافة اللثة الحرة وتخيطهما بغرزة او غرزتين . ويكتفى في الايام التالية بالغسولات المطهرة وتنزع الخيوط في اليوم الرابع اذا لم تكن قد سقطت عفواً فيشفى الجريح عادة بلا اختلاطات.

امراض كسور الحدبة ومسؤلية الجراح : قد تكسر حدبة الفك بدون ان يكون الطبيب مخطئاً فالكسر قد يحدث بلا عنف او سوء عمل يقوم به الطبيب فما هو سبب هذا الحادث ؟

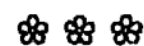
ان هذا الحادث مرتبط بحالة تشريحية خاصة . يكون الجيب الفكي في الشخص شديد النمو وممتداً حتى ذرى الارحاء الاخيرة وقد يبلغ جذور هذه الارحاء ، ومن جهة اخرى تكون جدر الجيب الوحشي والانسي والخلفي هشة ورقيقة لا تتجاوز ثخانتها في بعض النقاط قشرة البيضة فيعلل الكسر بنقص متانة العظم وليس بشذوذ الجذور او بالتصاقها بجدران السنخ ذلك الالتصاق الذي لا اثر له في الحقيقة .

ونذكر اخيراً بين اسباب الكسر المهيئة في اثناء قلع سن الاثنتي عشرة سنة وجود ناجذة آخذة في النمو . فاحتقان العظم الذي يصحب نبت السن يعيد العظم اشد هشاشة .

بقي علينا ان نعلم ما اذا كان اتقاء كسر الحدبة مستطاعاً وما هي الاحتياطات التي يجب اتخاذها لاجتنابه . ان اتقاءه الاكيد مستحيل الا متى كان المريض قد كسرت حدبة فكه مرة اولى كما في الحادثة التي رواها دوفرمنتل وتتلخص بان جراحاً كسر حدبتي مريض مع انه احتاط بعد كسر الحدبة الاولى لئلا يكسر الحدبة الثانية ولكن احتياطه لم يجده نفعاً . ولكن اذا كان اتقاء

الكسر مستحيلًا فعلى الطبيب ان يضع نصب عينيه على الاقل ان هذا الكسر ممكن الحدوث متى شاء استخراج الرحى الثالثة العلوية حتى الثانية ايضاً .

واذا اظهر لنا الرسم الكهربي جيباً كبيراً وجب الانتباه الشديد واجتناب كل حركة عنيفة بالكُلابة . ويجوز في بعض الاحيان ان يلجأ منذ البدء الى فصل الجذور . ومهما يكن فلا بد من الحيطة والحذر بالاستعانة بعملية قطع الرباط (syndesmotomie) التام كما يشير شومبره (Chompret) دائماً



صحة المساكن وعلاقتها

بانتشار السل

«٢»

ترجمها العليم انور هاشم

وهناك ايضاً ابحاث هامة ذكرها جيلره (Juillerat) رئيس مكتب اصلاح المساكن والدائرة الصحية للمنازل في باريس وهي ابحاث تتبعها المومأ اليه من عام ١٨٩٤ وقدمت لمحافظة السين بشكل تقارير . هذه الاعمال التي احاطها صاحبها بأدق عناية لم تكن مقتصرة فقط على ذكر الوفيات السلية الحادثة في بعض المساكن بل درست معها حالتها الصحية كذلك بالنظر الى حدوث هذه الوفيات المتعددة من سلية وسرطانية في هذه المدة الطويلة .

لم يكن جيلره شديد الاهتمام بالمنازل المشبوهة قدر اهتمامه بتلك المجموعة من المساكن التي كانت تتكرر فيها الوفيات السلية بوفرة زائدة مما حداه الى اعتبارها منبعاً دائماً لهذا الداء الوبيل فلقد بلغت الوفيات فيها وسطياً ثلاثاً في الالف من عدد السكان وتجاوزت في بعض المنازل ٨ في الالف في المدة المنحصرة ما بين عام ١٨٩٤ الى ١٩١٣. واننا نورد فيما يلي المعلومات الرئيسة التي رتبها جيلره في جداوله ست مناطق درسها خاصة مع ذكر مجمل الوفيات من عام ١٨٩٤ الى ١٩٠٤ ثم من عام ١٩١٢ الى ١٩١٧ .

بؤر السل الدائمة في باريس من عام ١٨٩٤ الى ١٩١٧

معدل الوفيات ١٩١٧	لكل ١٠٠٠ ١٩١٢	من السكان ١٨٩٤ - ١٩٠٤	الاحياء
١١,١٣	١٣,٣٤	١٢,٤٧	الناحية الاولى: ١٢ شارعاً فيها ٢٧٨ منزلاً)
٣,٩٨	٦,٣٧	٦,٥٣	« الثانية : ٦ شوارع « ٨٨ «)
٨,٣٦	١١,٨٢	١٠,٤٠	« الثالثة : ٩ « « ١٠٠ «)
٥,٥٣	٧,٢٣	٦,٤٥	« الرابعة: ٢٣ شارعاً « ٥٩٧ . «)
٥,٠٢	٥,٨٨	٧,١٦	« الخامسة: ١٢ « « ١٧٢ «)
٥,٧١	٧,٥٥	٧,٢٨	« السادسة: ١٩ « « ٣١٨ «)
٦,٤٠	٨,٢٦	٨,٢٦	المتوسط

لم تكن الادارة الصحية مكتوفة الايدي قبل الحرب فلقد نشط الاسعاف الصحي لاصلاح المنازل المخصبة بالسل ومع ذلك يقر جيلره بان النتيجة كانت لا شيء ويضيف الى ذلك قوله « يظهر ان الوفيات السلية تعود الى سبب او بالاحرى الى اسباب خاصة تختلف كل الاختلاف عن دور التفريخ شأن ما يحصل في سائر الامراض التي يمكن نقلها »

في اثناء الاعوام التي كرت ما بين سنة ١٨٩٤ الى ١٩١٣ اجريت اختبارات عديدة لتحسين حالة المنازل الملوثة فخذف الضار منها وعلى الرغم من ذلك لم تجد هذه التدابير نفعاً ولذا يكرر المؤلف القول بان الاكتفاء باصلاح المنازل وتطهيرها لا يعود بالغاية المتوخاة تماماً .

ولعل ما يعجب في هذا الامر ان حالة المنازل التي كانت تعد وبيلة وضارة في اثناء الحرب تحسنت تحسناً محسوساً في عام ١٩١٨ على الرغم من عدم اتخاذ

اي تغيير فيها وسندرك السبب بعد قليل . اما الآن فيجدر بنا ان نعلم سبب كثرة الوفيات في الانحاء المختلفة وان نسعى الى ادراك السبب في اخفاق التدابير الاصلاحية. فرداً على هذه الملاحظات يقول جيلره انه اذا كان تحسين حالة المنازل الصحية لم يأت بنتيجة ناجعة فما ذلك الا لان هذه المنازل تقع في شوارع ضيقة رديئة الانارة ولأن ساكنيها يظلون قانعين بهذه الحال الوضيعة ولذا يحق للمؤلف ان يقول بان السل مرض الظلمة . واذا طرحنا الآراء المدرسية على بساط البحث نجد انه من المتعـذر الحصول على تعليل آخر . وعلى الرغم من ذلك فان اعتراضات قوية تقف امام هذه الفرضية فهناك عدد من الشوارع ليس نورها كافياً ولكن معدل الوفيات فيها لا يتجاوز الحد الوسطي . وهناك ايضاً عمال المناجم حيث لا يظهر السل فيهم بمظهر فتاك كما ان الانتان لم يصادف بين العمال الذين يقضون ايامهم في معامل التصوير . وقد دققنا كثيراً في هذه المعامل مـدة ٤٠ سنة ولاحظنا عدداً كبيراً من العمال قضوا الشطر الاكبر من حياتهم في المخابر المظلمة بدون ان تظهر لديهم اقل عارضة تدل على استعدادهم للسل . ولذلك يغلب علينا الاعتقاد بان توسيع الشوارع ايضاً لا يكفي ولا يفي بالمقصود من حيث ابعاد خطر السل وشأنه شأن تلك الاصلاحات التي تـكلف مبالغ عظيمة لا طائـل تحتها ولا نفع في مثل هذه المنازل الوبيلة . فما هو السبب في وفرة الوفيات السلية في الارجاء التي اشار اليها جيلره وزملاؤه .

لا ينكر ان المساكن الـكائنة في الارجاء التي يرتع السل فيهـا ويمرح سيئة الانارة رديئة التهوية صغيرة الحجم معيبة من اوجه عديدة واجورها

طفيفة وهي بالاجمال المنازل التي يرغب فيها العمال والافراد التاعسون فهؤلاء بطبيعة الحال نظراً الى شقائهم وتدني صحتهم يكونون متأهبين لشتى الانتانات التي تنهك قواهم وتقلل من قدرتهم على العمل وفي طليعة هذه الانتانات السل . ولذلك فمن الخطر المريع ان نرى هذه العيلات المنهكة وخاصة المسلولة تزدحم في هذه البيوت الوضيعة . فالسل من الاسباب التي تجبر هؤلاء المنكودي الحظ على الالتجاء الى هذه المساكن الوضيعة الرخيصة .

ولا ننس من جهة اخرى ان السل ينتشر بطريق الوراثة (وقد ادلينا فيما سبق ببراهين على ذلك لا يمكن دحضها) فان السل يستقر في احياء فيها ابنية مشتبه بها ولكن ليس لشروط الابنية الصحية اقل شأن في استقراره فيها . فسكان هذه الاماكن الملوثة يسلون وراثة لأن والديهم كانوا مسلولين. ويعلل جيلره حاجة بعض الافراد الى الاقامة في مثل هذه المساكن الوضيعة الى قربها من محل عملهم مفضلين السكنى فيها على الاماكن البعيدة فهم يقيمون ما دامت في حيهم منازل مناسبة لهم . وهل يمكنهم ان يلتجأوا الى مساكن ضيقة صغيرة ربما كانت اكثر تلوثاً من تلك التي قد يجبرون على تركها ؟ ومهما كانت الحال فان وفرة الحادثات السلية في هذه المساكن السيئة تتضح بسهولة بدون ان نرى حاجة الى ذكر مساوىء الانارة والتهوية او غيرها من الوسائط الصحية الاخرى .

اذا ما عدنا الى الجداول التي تبين لنا نسبة وفيات السل في الف من السكان في الانحاء الست التي حددها رأينا انه على الرغم من الجهود الجبارة

التي بذلتها الادارة الصحية والنفقات الباهظة التي صرفت على تحسين الاماكن المشتبه بها لم تختلف الوفيات مدة ٢٠ سنة ما بين عام ١٨٩٤ الى ١٩١٤ . وقد لوحظ في عقب الحرب العامة عام ١٩١٨ ان الوفيات قد هبطت فجأة من ٨,٢٦ الى ٦,٤٠ . وهذا لا يمكن تعليله الا بدخول عدد كبير من المستأجرين الجندية وبسبب تحسين احوال المعيشة الصحية ليس غير لانه لم يتغير شيء مطلقاً في هذه البيوت الوضيعة ولم توسع الشوارع طوال هذه المدة .

قلنا ان السل مرض الظلمة فهذه الفرضية تقوم في وجهها الاعتراضات الآتية :

(١) ليست لنا حادثة معروفة تبرهن ان قلة نور الشمس عامل للاسلال

(٢) لم يشاهد حين التفريق بين الوفيات السلية اي فوارق اساسية في حالة السكان الصحية القاطنين في تلك المساكن الحقيرة .

(٣) اهملوا ذكر نصيب الصدفة في توزيع الوفيات في المساكن .

(٤) ان خيبة تأثير الاصلاحات المجراة في تلك الانحاء السلية التي حددها جيلره وتعدد الوفيات فيها عوامل لا تتلائم والنظرية السابقة في تعليل انتشار الآفة .

وانه لمن السهل ان نضيف امثلة جديدة علاوة على ما ذكر على انه لا يمكن لاحدها ان يلقي بصيصاً من النور على المسألة لانه لم يفكر احد من المؤلفين في كيفية توزع الوفيات في المساكن . ولا يغرب عن البال انه من الضروري ان نفكر في دور الصدفة في احداث الكثير من الوفيات فيها .

(ج) دور الصدفة والاتفاق : تحديد قيمتهما

كيف يمكننا ان ندرك قيمة عامل الصدفة في حوادث الوفيات في المساكن ؟

ان اول ما يجول في الخاطر هو الجري وراء حساب الاحتمالات . على اننا نصطدم هنا بالمستحيلات لان بعض العناصر الحسابية تفوتنا . واذا عرفناها ولا بد فانها تكون معقدة وغير محدودة بحيث ان عدد السكان يختلف اختلافاً بيناً عندما ننتقل من بناية لأخرى .

واننا لنعتقد انه يتعذر حل هذه المسألة بالالتجاء الى طرق مقصودة بل لا بد من سلوك سبل شتى متعرجة لادراك هذه الغاية وهذا ما حدا بنا الى استنباط : « الطريقة الاحصائية بالشواهد المتباينة » . فهذه الطريقة الحديثة مكنتنا من اثبات ان الزعم القائل بوجود منازل للسرطان لا ترتكز على اساس ثابت فانها تستند الى بعض الظواهر المتكررة في الاماكن نفسها المرادة دراستها والتي لا علاقة لها البتة بالابنية نفسها . فلو اننا اخذنا مثلاً عدد المواليد والزيجات الحاصلة في بلدة لا يمكننا ان نقول ان امرها يتعلق بالسكن والتهوية والانارة ولا بطبيعة المياه الخ .

فهذه الحادثات اعني المواليد والزيجات هي مجموعة عوارض يختلف كل منها عن الآخر وهي في الوقت ذاته عرضية لا ارتباط لها بوضعة اماكن السكنى وجل ما يمكن ان يقال هو ان الصدفة ليس غير هي التي تلعب الدور الاكبر في هذا التوزيع . فاذا حددنا عدد المواليد في مساكن بلدة ما لمدة معلومة امكننا اذن ان نحصر الحالات التي تتدخل فيها الصدفة في

المدوى بواسطة المساكن. لاننا اذا ما قارنا بين هذه الوفرة والوفيات بالسل في الاماكن ذاتها وفي المدة المعينة نفسها والعدد نفسه حصلنا على فكرة ثابتة عن تأثير المنازل الوخيمة في انتشار السل ما دمنا قد تمكنا بالتفريق من حذف الدور العائد للصدف .

قالوا كثيراً ان البراهين المأخوذة من الجداول لا قيمة لهـا حتى انها احياناً قد تكون معكوسة فهذا القول له نصيب كبير من الصحة ذلك لانه ليست شروط هذه المساكن هي العامل في هذه الاختلافات فحسب بل ان للصدف تأثيراً لا ينكر . فاذا مـا عدنا الى طريقتنا اي الطريقة الاحصائية بالشواهد المتباينة فلكي نبين انها لم تنل حقها من الاعتبار اذ ان هذه الطريقة تمكننا اليوم من الحصول على نتائج لا تقبل الرد .

(للبحث صلة)

❀❀❀

الحيو ينات (الفيتامينات)

في الـكيمياء الحيوية

للعليم في الصيدلة والـكيمياوي صلاح الدين مسعود الـكواكبي

الحياة في عرف الأحيائيين ، تقلبات مضادة جمة من تمثل ٍ وتنكيث (اي من ترميم وتخريب) تجري دواماً على ما يسمى الاغذية

والغذاء في اصطلاح الأحيائيين ايضاً ، المواد التي تُدخل المضوية الحية تعويضاً لما تفقده من الاجسام المستهلكة في اعماق النسج وترميماً لما يتخرب منها بأسباب شتى ، وحفظاً للقدرة اللازمة لإدامة حياة هذه المضوية

واذا القينا نظرة على تصنيف الاغذية الذي كان يسير عليه الاحيائيون حتى الى عهد قريب نجده يضم ثلاثة انواع من الاجسام الطبيعية التي يلخصها الجدول الآتي :

الاغذية	العضوية	الثلاثية	السكريات : السكر ، سكر اللبن ، سكر العنب ، النشا الخ
			الشحميات : الزيوت ، الدسم ، الزبدة الخ
		الرباعية	الهيوليات : آحين البيض ، اللحم ، الدابوق الخ
	اللاعضوية		الماء ، الاكسجين ، حمض الفصفور ، حمض الـكبريت ، السليس ، البوتاس ، الصود ، الـكلس ، المانيزا ، الحديد ، اليود . . . الخ

ولا نرى ذكراً للفحوم الهدرجينية بين هذه المواد المعدودة من زمرة الأغذية اذ لم يكن الاحيائيون يعلمون عنها ما يستوجب وضعها في عداد الاغذية .

اما اليوم فلقد اخذت الفحوم الهدرجينية مكانها في الكيمياء الحيوية خصوصاً بعد ان توفرت المعلومات عنها وكشفت بالدرس والتجارب الطويلين، القرابة التي تمت اليها هذه الفحوم الهدرجينية سواءاً منها المطرية واللاعطرية بصلة الى الحيوينات (الفيتامينات) تلك العناصر العاملة في تنشيط الحياة وانماء العضوية .

ادخلت هذه الفحوم الهدرجينية منذ سنين ، بين المواد الغذائية التي تحتاج اليها العضوية وحتم درسها في الكيمياء الحيوية في جامعات العالم ، مع الاغذية المعروفة الى اليوم ، فحق علينا ان نتقدم لقراء مجلتنا بمقالات نطلعهم فيها على هذا الصنف الطريف وما يحتوي عليه من الاجسام الخطيرة الشأن التي جعلت حديثاً في مصاف ما يتناوله الحي ادامةً لحياته .

وسنبدأ بمقالنا الاول هذا بكلمة عن الفحوم الهدرجينية ، اساس الحيوينات التي تعد اليوم قوام الحياة ، توطئةً وتسهيلاً لفهم ما سيتلوها من مقالات في الحيوينات بالخاصة من الوجهتين الكيمياوية والحيوية .

الفحوم الهدرجينية في الكيمياء الحيوية . — من المعلوم ان اسم الفحوم الهدرجينية يطلق في الكيمياء العضوية على الاشخاص الكيمياوية المؤلفة من عنصري الفحم والهدرجين فقط . وقد يظن لذلك ان تكون هذه الاجسام على درجة من البساطة لا يستدعي درسها كبير عناء على ان الحقيقة ليست كذلك لان من هذه الاجسام ما هو اشد تعقيداً من الاجسام التي تتركب من ثلاثة عناصر فاكثر .

الفحوم الهدرجينية التي تصادف في الكائنات الحية من حيوان ونبات

هي من الصنف اللادوري المهتاني المشبع والا ُتيلهني غير المشبع ، ومن الصنف الدوري الكثير الدوائر والمختلط الدوائر او من كليهما اي من الصنفين اللادوري والدوري معاً .

فما كان منها من المملكة النباتيـة فكثير جداً سواء منهـا المتانية او الا ُتيلهنية . فاما المهتانية فاكتشافها في الكائنات الحية -- خصوصاً -- في النبات - امر حديث يرجع الى سنة١٩٢٦ اذ امكن استخلاص ثلة مشبعة ، من شمع الورد كانت الفحوم فيها عالية ذات ١٦ -- ٢٠ - ٢١ -- ٢٢ - ٢٣ -- ٢٦ -- ٢٧ - ٣٠ واعقب هذا استخلاص فحم هدرجيني من اوراق اليخنة والاسفاناخ فحمه ٢٩ ($C^{29}H^{60}$) ثم فحم هدرجيني آخر فحمه ٣١ ($C^{31}H^{64}$)

واما الفحوم الهدرجينية الا ُتيلهنية فتوجد في المملكة النباتيـة وتتصل ببعض الحوض الدسمة وبعض الحوض غير المشبعة التي توجـد في بعض الا ُثمار ومنها المسمى (اولهآستان oléastane $C^{21}H^{36}$) الذي وجد في الزيتون .

وبعد ان توالت اكتشافات الفحوم الهدرجينية وكثر عددهـا وجد من الضروري تصنيفها لتسهيل مطالعتها وبعد الدرس الطويل وضعت كلها في سلسلة خاصة هي السلسلة التربهنية الكبرى التي تضم التربهنات المنتشرة جداً في المملكة النباتية والتي هي نتاج تكاثف فحم هدرجيني غير مشبع يسمى (ايزوبرهن isoprène) الموضوع في صنف التربهنات النصفية وصيغته المطوية C^5H^8 ومن تكاثفه تشتق التربهنات اولاً كالسكالهن (Scalène)

الموجود في كبد بعض الأسماك ، والليكوبەن (Lycopène) الموجود في الطماطم وهو صبغه الاحمر الجميل ، والكاروتەن (Carotène) الموجود في في اوراق الجزر ومشتقاته الغولية كأصفر الورق (xanthophylle) والفيتول (phytol) وخصوصاً الفيتامين آ وكثير من المركبات الاخرى ذات الفحم ٤٠ التي لها شأنها في الكيمياء الحيوية لعلاقتها في تكوين الفيتامين آ كما سيأتي . ثم تشتق متكاثفاته الاخرى المغلقة التركيب وعلى رأسها المطاط ذو الصيغة $(C^{10}H^{16})^{n}$ (*)

والتربەنات على ثلاث شعب اصلية : شعبة مولدات التربەن ، وشعبة التربەنات الوحيدة الدور ، وشعبة المضاعفة الدور ، وعلى ثلاث زمر فرعيات زمرة التربەنات والنصف ، وزمرة التربەنات المضاعفة او المثناة ، وزمرة الكثيرة التربەن .

الشعبة الاولى . — شعبة مولدات التربەن والفحم فيها (C^{10}) وهي لادورية ، تتكون اجسام هذه الشعبة من فحم هدرجيني اصلي هو (ديمتيل او كتان) ينتج من اكسدة المطور بالبرودة بملامسة اسفنج البلاتين وفيها :

اورتوسيمەن (متيل ايزوپرويل بنزەن) ويوجد في عطر الريحان (basilic)

ميرسەن (متيل مەتەن او كتاديەن) ويوجد في عطر الباي (Bay)

وبتأكسد هذه التربەنات تنتج الاغوال المشتقة منها واشهرها :

(*) ان n في هذه الصيغة تساوي ١٠٠٠ على رأي بعض العلماء والذرات فيه متحدات مثنى مثنى بحيث تؤلف دورة ثمانية الاضلاع هي ديمتيل او كتاديەن المتناظر - diméthyl octadiène الذي يكون المطاط احد متكاثفاته العالية جداً .

الجيرانيول ($C^{10}H^{18}O$) وهو دي متيل اوكتاديه‌نول وهو غول اولي مائع برائحة الورد يوجد في عطور الازهار .

والستيرونه‌لول ($C^{10}H^{20}O$) وهو دی‌مه‌تيل اوكته‌نول وهو غول اولي ايضاً يوجد في عطر المليسا .

والرودينول($C^{10}H^{20}O$) يماثل السابق ويوجد في عطر الوردوالسردنيه

واللينالول $C^{10}H^{18}O$ يماثل الجيرانيول ويوجد في عطر البرتقال والمندلينة

وبأكسدة هذه الأغوال تنتج الفوليدات (آلدەئيدات) التي توجد كثيراً في الطبيعة منها :

السترال او الجيرانيال (دي‌مه‌تيل اوكتاديه‌نال) وهو جسم سائل برائحة الليمون وله شأنه في الكيمياء في الاصطناع بالتكاثف لانه بمعالجته بالخلون الاعتيادي بملامسة الصود المرقق تطرح منه ذرة من الماء ويتكون جسم لادوري ذو شأن هو (اليونون الكاذب) الذي اذا عولج بحمض الكبريت يتميه بذرتين من الماء متحولاً الى خلون تربه‌ني دوري ويكون جسمين متماثلين : يونون آ - ويونون‌ب هما عطر البنفسج ، ومما هو جدير بالذكر ان يونون‌ب هذا يتكون بنتيجة تأكسد الكاروته‌ن الذي يعد اليوم منشأ للحيوينات .

فلهذه الشعبة اذن اهميتها في اصطناع الحيوينات .

الشعبة الثانية . - شعبة التربه‌نات الوحيدة الدور وتتكون من تركب الايزوبره‌ن تركباً دورياً بسيطاً بلا هدرجة او مع الهدرجة وفيها اسر : اسرة المانتان ($C^{10}H^{20}$) ، واسرة المانته‌ن ($C^{10}H^{18}$.) واسرة المانتاديه‌ن ($C^{10}H^{16}$) .

ففي الاسرة الاولى اي المانتان نجد (المانتان ، والمانتول ، والمانتون ، والاوكالبتول) ، وفي الاسرة الثانية اي المانتەن التي تتكون من خسف (*) المانتان اي ازالة اشباعها بنزع هدرجينين منها لتصبح ذات ارتباط مضاعف ، نجد (المانتەن ، والدىهدروكارفون) ، وفي الاسرة الثالثة اي المانتاديەن التي هي اقل اشباعاً من اسرة المانتەن وتتكون بخسف هدرجينين آخرين من ذرة المانتەن لتصبح ذات ارتباطين مضاعفين نجد (الليمونەن وكارفون الكمون)

الشعبة الثالثة . ـ شعبة التربەنات المضاعفة الدور ($C^{10}H^{16}$) نجد فيها ثلاثة نماذج . النموذج الاول البينان وفيه (آلقاينەن) . النموذج الثاني الكامفان وفيه (الكامفەن ، البورنەؤل ، الكافور) . النموذج الثالث السابينان وفيه السابينەن الذي يستخرج من الأبهل والسمسق او المرزنجوش ، والتاناسەتون او التويون الذي يستخرج من البرنجاسف والشيح .

اما الزمر الفرعية فهي : (١) زمرة التربەنات والنصف $C^{15}H^{24}$ وتوجد في حشيشة الدينار وعطر القرنفل ، (٢) زمرة التربەنات (المثناة) المضاعفة ($C^{20}H^{32}$) وتوجد في الراتنجيات والبلاسم . (٣) زمرة الكثيرة التربەن ($(C^{5}H^{8})^{n}$) وتوجد في الراتنجيات والبلاسم ايضاً .

هذه كلمة موجزة عن التربەنات المنتشرة جداً في المملكة النباتية ومنها ما هو موجود في بعض العقاقير الطبية ويستعمل للمداواة واكثرها من العطور .

(*) الخسف النقص وبات فلان الخسف اي جائعاً فيصح استعمالها لما يقابل الكلمة الافرنجية (désaturation) ومعناها ازالة الاشباع اي جعل الذرة غير مشبعة كأنها جائعة .

اما الفحوم الهدرجينية التي هي اعظم شأناً من الوجهة الحيوية فهي التي توجد في المملكة الحيوانية . ففي زيت كبد السمك المسمى الحوت الكلبي (requin) فحم هدرجيني صيغته ($C^{18}H^{38}$) استخلصه تسوجيموتو الياباني سنة ١٩١٧ .

وفي بعض الحيوانات فحوم هدرجينية تختلف الوانها من الاصفر الى البرتقالي الى الاحمر كانت معلومة قبلاً باسم اللوتهئينات (lutéines) او اصباغ الدسم (lipochromes) لمصاحبتها الدسم على الغالب ، وهي ذوابة في المواد الدهنية وتوجد ايضاً في بعض النسج او الغدد الغنية بالدسم كالجسم الاصفر في المبيض .

هذه الاجسام الدسمة اذا صُبّنت تنتج صابوناً ابيض تماماً لا لون له مطلقاً وتبقى بقية من التصبين ملونة بشدة. هذه الفحوم الهدرجينية هي التي تصبغ بألوانها الخاصة اجساماً معلومة كمح البيض مثلا فلونه الاصفر ناجم من فحم هدرجيني او من احد مشتقات تأكسدة ولكن التكاثف في مح البيض ضئيل جداً بحيث لا يستخلص من ٦ آلاف مح اكثر من ٤ غرامات من اللوتهئين غير النقي المبلور الذي ليس هو بفحم هدرجيني بالخاصة انما هو مزيج جسمين ذوي وظيفة غولية هما اصفر الذرة (xéaxanthine) (٣٠ ./.) واصفر الورق (xanthophylle) (*) وكان يسمى (أتيولين éthioline) (٧٠ ./.)

ومن هنا تتبين صلته بالكاروتهن $C^{40}H^{56}$ لان اصفر الورق يوجد مع الكاروتهن دائماً في العضو ذاته ولأن شدة اصطباغ المح منوطة بوجود

(*) صيغته $C^{40}H^{56}O_2$.

الكاروتەن الذي يبتلعه الدجاج كما تأيد بالتجارب .

ولا يبعد ان يكون الجسم الأصلي الذي يصبغ المح ، فحماً هدرجينياً حقيقياً لان هذه الاجسام خصوصاً منها التي توجد في الحيوانات هي مواد سريعة التأكسد جداً وغير ثابتة وتستحيل الى مواد غولية بتحلل الذرة .

ومما يجب ذكره ههنا ان الوان الدسم الحيوانية او الانسانية ليست ناجمة من اللوتەئين بل هي من فحوم هدرجينية اخرى كالكاروتەن الذي يصادف في المملكتين النباتية والحيوانية على السواء .

افاللون البرتقالي في الجزر ناجم من جسم خاص يدعى اليوم (الكاروتەن) وفقاً لمقررات المؤتمر الدولي وهو فحم هدرجيني كان الكيمياوي الافرنسي آرنو اكتشفه سنة ١٨٣٠ في الجزر ودرسه درساً دقيقاً وتمكن من استخلاصه من اوراق الجزر الخضر وحقق طبيعته . وهو يوجد في اوراق الجزر بمقدار ضئيل جداً بحيث لا ينتج من ٥ آلاف كغ من الجزر الطري اكثر من ١٢٥ غراماً فقط من الكاروتەن النقي بعض النقاوة و ٢٠ — ٢٥ غراماً فقط من الكاروتەن النقي جداً .

ومن ١٠ آلاف مبيض بقري تمكن (أشەر Echer) من استخلاص ٤٥ سغ فقط من الكاروتەن . (للبحث صلة)

❀❀❀

مجلة الجمعية الطبية اللبنانية ايضاً

رد على رد

طلع علينا الجزء الاول من مجلة الجمعية الطبية اللبنانية يرفل بثوبه العربي القشيب فابتدرته مجلة معهدنا الطبي العربي في جزئها التاسع بابتسامة نامّة على الاخلاص والمودة . ولما كانت الصراحة رائدنا في كل ما نكتب بينا للزميلة الجديدة ان الخطة التي رسمتها لنفسها «الخطأ المشهور خير من الصواب المهجور » خطة لا يقرها علم ولا فلسفة ولا حقوق اللغة نفسها ورجونا منها ان تنتقي اللغة الطبية لتكون في لبنان رسول العلم واللغة الامين. فاجابتنا ان احد اساتذة معهدنا الطبي رسم لنفسه في مقدمة كتابه هـذه الخطة ولم يوجّه اليه ذلك الاحتجاج العنيف،ورأينا في الامر لا يتغير اياً كان مقترحه غير اننا لم نعره اهتماماً لانه يعبر في مقدمة الكتاب عن رأي المؤلف الشخصي وقد اعرناه اهتماماً اكبر بعد ذكره في صدر المجلة الجديدة لانـه يعبر عن رأي عام يتمشى عليه كتبتها العديدون وهم يمثلون معظم اطباء العاصمة اللبنانية .

واخذنا على المجلة بضعاً من الكلمات قدمناها لها مثالاً ونحن لا نرغب في النقد لمجرد النقد ولا نرمي من وراء ما كتبنا الا الى غايـة واحدة هي صون اللغة العلمية ولا سيا الطبية منها من الاخطاء الفاضحة والتعريب المشين الذي جرى ولا يزال يجري عليه بعض من المجلات العلمية في الاقطار العربية فاذا بعاطفتنا الرقيقة قد انقلبت «حملة شعواء » كما جاء في الجزء الرابع من الزميلة

العزيزة واذا بدعوتنا الاطباء السوريين الى مؤازرتهـا تستحيل ، بحسب ادعائها ، تنويهاً بكساد مجلتنا لمحافظتها على اللغة ورواجاً للزميلة لخروجها عليها، واذا بالاخطاء التي نبهنا الزميلة لها يُنسب الينا الوهم والضلال فيها .

اننا نعتذر للزميلة العزيزة ونعدها اننا لن نتعرض لها بعد الآن في ما تكتب فلتستعمل ما شاءت من المصطلحات ولتسود صفحاتها بما ارادت من الكلمات المعربة . غير اننا نعلمها ان مجلتنا رائجة والحمدلله في الاقطار العربية رواجاً تتمنى لها مثله وان عدداً كبيراً من علماء اللغة والمستشرقين مع انهم من غير ابناء ابقراط يلحفون في طلبها ليقفوا على نهضتنا في الوضع ويراقبوا عن كثب سير اللغة مع العلم الحديث وقد كتبوا لنا مراراً معجبين بالخطة التي نتبعها.

ونحن اذا قطعنا على انفسنا عهداً بالصمت ووعدنا الزميلة المحترمة ألاّ نتعرض لها في المستقبل نسألها الآن ان تسمح لنا وقد نسبت الينا خطيئات هي احق بها منا ، ان نناقشها الحساب في ما كتبت .

اننا خطّأنا من يقول كريات الدم الحمراء والبيضاء وذكرنا لها القاعدة فاجابتنا بما نصه: «وهو وهم خانته الذاكرة فيه لان القاعدة الصرفية التي رجع اليها هي للعاقل فتقول نساء بيض اما غير العاقل فالافضل جمعه بصيغة المفرد فتقول ليالٍ سوداء» اه

ما كنا نود ان ندخل في جدال لغوي مع الزميلة المحترمة والمجلات الطبية ليست مجلات لغوية غير اننا نرانا مضطرين الى طرق هذا الموضوع لا دفاعاً عن الذات ونحن وزملاؤنا البيروتيون اخوان وسيان عندنا اخطأنا ام أصبنا اذا كان في خطإنا ما يرضيهم بل دفاعاً عن الحقيقة واقناعاً للزميلة المحترمة لعلّها تعدل عن خطإٍ تصورته صواباً فجرت عليه فلتسمح لنا ببيان ما يثبت رأينا ويظهر خطأها :

ان افعل وفعلاء اذا وصف بهما جمع وجب جمعهما ولم يجز استعمال المفرد منهما قال امام اللغة ابو العباس المبرد في الكامل (ج١ ص ٠ ٣٩)ما نصه : « فان اردت نعتاً محضاً يتبع المنعوت قلت : مررت بثياب سود وبخيل دهم وكل ما اشبه هذا فهذا مجراه » وقال في (ج . ٢ص . ٢٥٠) ما نصه : «وان اردت ادهم الذي هو نعت محض قلت دُهم» اه

وجاء في مختار الصحاح في مادة ح رر « : الحرة : ارض ذات حجارة سود نخرة كأنها احرقت بالنار » ولم يقل حجارة سوداء

وقد اخذ الدكتور امين باشا معلوف وغيره من اللغويين على مجلة مجمع اللغة الملكي في القاهرة هذا الخطأ وهذا نص كلامه :

« ثم ان قولهم افرازات الغدد الصماء خطأ صوابه الغدد الصم وقد تكرر هذا الخطأ في مواضع كثيرة وصوابه صمٌ كما تقدم فيقال الغدد الصم والكريات البيض والكريات الحمر ولا يجوز غيره وفي صورة البقرة « صم بكم عمي » (الآية) وغيرها كثير فان قيل هذا المذكر العاقل قلنا فقد ورد غيرها للمؤنث ولغير العاقل كما في الآية التي جاء فيها : « . . . ومن الجبال جدد بيض وحمر مختلف الوانها وغرابيب سود» لجمع افعل وفعلاء مما يدل على عيب او لون او حلية فُعل ولا اظنه ورد في كلام العرب على غير ذلك فيقال حيّات صم وغدد صم وكريات بيض وكريات حمر » «انتهى»

يتبين مما تقدم ان الذاكرة لم تخنا وان الوهم لم يتسرب فينا واذا كان وهم في ما نبهنا له فلعله يعود الى اساطين اللغة الذين نقلوا الينا قواعدها وفرضوا علينا التقيد بها والسير عليها

ومتى عرفت الزميلة العزيزة ان من نبه لهذا الخطإ وقوّم هذا الأود في كتّاب العرب هو المستشرق العلامة (فريتس كرنكو) هان عليها الامر واتضح لها ان علماء الغرب ارأف باللغة العربية من ابنائها .

وقد خطأتنا في كلمة « جنبية» عوضاً عن « بيلورية» قائلة ان الجنب تعريب (وهي تريد ترجمة) (côté) وليست تعريب « كذا » (plèvre) وكان الاحرى بها قبل ان تنسب الينا الخطأ ان تقرأ في قانون ابن سينا وفي كامل الصناعة الطبية للمجوسي وفي تقويم الابدان لعلي يحي بن عيسى بن جزلة

البغدادي المتوفى سنة ٤٩٣ هـ وفي شفاء الاسقام ودواء الآلام لخضر بن علي بن الخطاب وفي كثير غيرها من كتب الطب القديمة ما كتب فيها عن (ذات الجنب) لتعلم ان الجنب قد اراد به اطباء العرب غشاء الجنب فحذفوا المضاف وابقوا على المضاف اليه وقالوا (ذات الجنب) ولم يروا حاجة الى القول (ذات غشاء الجنب) (وغشاء الجنب هو ما يسمى بالفرنسية plèvre) فلا اوم علينا اذا جرينا مجراهم فحذفنا المضاف حين النسبة وقلنا (الجنبية)، وذات الجنب تعبير شائع بين العامة قبل الخاصة اما اذا كان قراء زميلتنا العزيزة يفهمون (البيلورية) اكثر من (الجنبية) على الرغم من شيوعها فلتكلمهم الزميلة باللغة التي يفهمون .

وقولها في ترجمة (سروز) تصلب الكبد مردود وخطأ فالتصلب هو (sclérose) وليس (cirrhose) ولو انها رجعت الى اصل الكلمة ما زالت تود الاحتفاظ بذلك التراث اللاتيني اليوناني للغة العربية لكانت عرفت انه من (kirrhos) اليونانية ومعناها (roussâtre) وهي الكهبة اي الغبرة المشربة سواداً وقد ترجمها الترك « بتشمع » ظناً منهم ان اصل الكلمة (cire) ومعناه الشمع وهو خطأ .

اما الكساح فاذا جاز لنا استعماله (للراخيتس) (وهو خطأ مشهور) جرياً على قاعدة المجلة من باب تسمية الشيء ببعض اعراضه فيجوز لنا ان نسمي الكسر والخلع والتهاب العظم والنقي والوثاء وكل ما احدث زمانة في الطرفين العلويين او السفليين كساحاً لان الامراض التي ذكرتها تشل الحركة اكثر من (الراخيتس) فنكون قد خدمنا اللغة الطبية بسيرنا على هذه القاعدة العرجاء اجلّ خدمة .

ولست اناقش المجلة في "بوالة وبيلة وابالة التي نعتتها المجلة بـ "تعمل في الاشتقاق وغلو في الاجتهاد لا مبرر لها » ولو انها عرفت اننا لم نستنبط هذه الكلمات بل ان اثنتين منها مدونتان حتى في اصغر المعاجم العربية وان الثالثة قياسية وليس من تعمل او غلو في وضعها لتحققت انها وجهت الى من بث لمطلعها البهي نعوتاً لا يستحقها . فالبيلة هي الاسم من البول فهي ترجمة (miction) كما ذكرنا والبوالة هي الكثرة وكلتا الكلمتين صحيحتا الوضع وفقاً لما ذكرناه في مقالنا الاول . اننا ننصح للزميلة العزيزة قبل ان تورد اراء في اللغة ان ترجع الى المصادر ليكون لها مستند تستند اليه

واما الابوالي والاعصابي اللتان لم يروقا المجلة لانهما بحسب مدعاها منسوبتان الى الابوال والاعصاب لا الى الامراض نفسها فهما على ما نرى ويرى غيرنا ممن عانوا الوضع والنشر والتأليف عشرات السنوات خير ترجمة للكلمتين الاعجميتين ولعمري اذا كانت نسبتهما في العربية الى الابوال والاعصاب (وهذا ما نريده للدلالة على المهنة) افهي على غير ذلك في اللغة الاجنبية ؟

ولتعلم الزميلة المحترمة ان التعريب (ونعني به نقل الكلمات الاعجمية الى العربية بلفظها الاجنبي) لا ينجي اللغة العربية من الفوضى بل انه ضربة تقصم ظهر اللغة وتدك اسسها فان من درس العلوم الطبية بالفرنسية سيعرب عنها بلفظها الفرنسي ومن تعلم الطب بالانكليزية او الالمانية فسيعرب الكلمات بحسب النطق بها بهاتين اللغتين ومن شاء ان يكون منصفاً سيعرب عن الصيغة اللاتينية او اليونانية وقليلون هم الذين يعرفون هاتين اللغتين فتعم الفوضى ويسود التبلبل خذ مثالاً (الكيلوس) فاننا اذا عربناها عن الفرنسية قلنا(شيل) (بكسر الشين) وعن الانكليزية قلنا (كيل)(بفتح الكاف)وعن الالمانية قلنا(ملخسفت) على ما اظن فليتأمل القارىء في تلك الفوضى وليرث لحال اللغة المسكينة ولتبلبل ابنائها.

وقبل ان تنهي كلامنا مع الزميلة نقول ان اقتراحها بانتخاب لجنة لبنانية سورية تعقد اجتماعاتها بالمناوبة في بيروت ودمشق وتبحث في المصطلحات الطبية جميل ومفيد غير ان ابراز الاقتراح الى حيز العمل صعب ان لم نقل مستحيلاً فان لكل منا اشغالاً تحول دون قيامه بهذا العمل الكبير . وان ما تقوم به اللجان، اذا كان قيامها بعمل نافع مستطاعاً، تقوم به المجلات بدون عناء كبير اذا صحت العزيمة وسلمت الطوية وديست الانانية وكانت الغاية خدمة اللغة المجردة

مرشد خاطر

الجزء ٢ المجلد ١٢

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٧ م الموافق لربيع الثاني سنة ١٣٥٦ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا ١١ ايار سنة ١٩٣٧

قرئت فيها التقارير التالية :

١ً — العليم منير السادات : المستقبل الولادي لعنق الرحم المدوّى (coagulé) : ذكر الباحث الطرق المختلفة المستعملة في تدوية (coagulation) الاعناق الملتهبة ونوّه بفائدتها الكبيرة بعد ان اختبرها طويلًا في حوادث عديدة واورد بهذه المناسبة مشاهدة جاء بها كمثال على فائدة التدوية وهي حادثة ابنة اصيبت بالسيلان وظل عنق رحمها ملتهباً بعد الزواج فتأخر بسببه حملها فعالجها بتدوية العنق فحملت وسار حملها سيراً طبيعياً وولدت ولادة طبيعية كانت دليلًا على بقاء عنق الرحم ليناً بعد التدوية وقد لفت الباحث الانظار الى هذا الامر في تقريره

المناقشة : العليم سوليه

٢ – العليم انسطاس شاهين ، معالجة الخناقات الحادة بالبزموت : اذا ما حقنت العضلات بحقنة او حقنتي كامبي او نيوكرديل قصر سير الخناقات المختلفة : الخناق اللبي (pultacée) وخناق فنسن وسواهما وسكن الالم بسرعة . ولا يفعل البزموت في الخناق الفلغموني حيث يؤثر البرويدون تأثيراً حسناً واما الخناق النوعي (الافرنجي) فيتحسن تحسناً محسوساً اذا ما اشرك الاستمصال (sérothérapie) النوعي مع البزموت في معالجته

المناقشة : العلماء تابو ، سوليه ، شاهين

٣ – العليم تابو ، بعض ايضاحات جديدة حول مشاهدة قديمة لمرض ستوكس ادمس الرضي : ان مشاهدة حصار القلب بتمزق حجابه الرضي التي رفعها دوفوار وبوله وبوترا وبيزون ومدام يزل كوشي الى جمعية المستشفيات الطبية في جلسة ٩ نيسان سنة ١٩٣٧ والتي شاهدها غالافردن منذ عشرين سنة خلت تشابه اتم المشابهة الحادثة التي قدمها المؤلف في جلسة سابقة الى الجمعية الطبية الجراحية في دمشق . ان تمزق حجاب القلب الرضي نادر ومع ذلك فقد أثبتته مشاهدات لوبري بلوخ وجان ماير وروزنسون وبوليخ ولاكروز وذكرت فيها درجات خطره منذ النزف الخفيف الرضي في الحجاب حتى التمزق التام كما في مشاهدة المؤلف ومشاهدة المؤلفين الباريسيين

المناقشة : العليم حسني سبح

٤ – العليمان حسني سبح وجمال الدين الفحام ، حادثتا شلل دفتيريائي وحادث فالج دفتيريائي : يذكر المؤلفان عدا حادثتي شلل دفتيريائي عاديتين

حادثة نادرة من فالج شقي ينسبانها الى تأذي قشرة الدماغ بالذيفانات

المناقشة : العلماء ترابو ، شارل ، سبح ، ترابو

٥ً – قدم العليم شوكة القنواتي جنيناً طبيعياً عمره خمسة اشهر اسقطته امه مع مشيمة طبيعية وطرحت بعده رحى عدارية (môle hydatiforme) وهو يلفت الانظار الى ندرة هذه الحادثة

٦ً – قبلت الجمعية العليم منير السادات عضواً فيها . مرشد خاطر

* * *

١ – المستقبل الولادي لعنق الرحم

المدوّى (coagulé)

للعليم منير السادات

اصبحت تدوية عنق الرحم الملتهب الكهربية او تدويته الاستحرارية (coagulation diathermique). معالجة يستعملها الآن السواد الاعظم من النسائيين (الاختصاصيين بالامراض النسائية) . وتجرى هذه التدوية بامرار تيار استحراري على عنق الرحم حيث ترتفع حرارة الانسجة الموضعية (ولا ترتفع حرارة الآلة الموصلة للتيار الكهربي) ولا تتجاوز هذه الحرارة الموضعية الدرجة مائة على سطح الانسجة الملامسة للقطب الفاعل (l'électrode active وتخف تدريجياً كلما أبتعد عن السطح المذكور . فيحصل في

الخلايا نوع من الطهي برسوب الاجزاء الهلامية الغروية الهيولية فيها وتنشأ في مكان الانسجة المدوّاة انسجة لها من الاوصاف الفريزية ما لغشاء الرحم المخاطي السليم : فالندبة لينة والتضيقات المقبلة الممكنة الحصول في قناة عنق الرحم نادرة فلا عجب اذا ما فَضُلت هذه الطريقة سواها من الطرائق السكاوية المعتادة كالفليوز (Filhos) واذا ما كانت نتائجها باهرة .

تحقق التدوية بطريقتين : ١ً - التدوية الوحيدة القطب - (monopo laire) ذات الفعل الخفيف واستعمالها قليل في الامراض النسائية كالتهابات الرحم الخفيفة . ٢ً - التدوية المزدوجة القطب (c.bipolaire) وهي قسمان : أ — المزدوجة القطب والوحيدة الفعل (b.monoactive) ب — المزدوجة القطب والمزدوجة الفعل (b. biactive) ويستعمل كل من هذين النوعين الاخيرين بحسب الآفة وموضعها ويرجح استعمال المزدوجة الفعل في خارج عنق الرحم والوحيدة الفعل في قناة عنق الرحم . على انني استعمل المزدوجة الفعل ذات الكُرَى (électrode biactive à boules) المنسوبة الى رينيار (Regnard) من صنع والتر (Walter)سواء أفي معالجة الالتهاب الخارجي لفنطيسة القنومة . (Museau de Tanche) او في الالتهاب الباطني لقناة العنق والجأ في بعض من الاحوال النادرة الى استعمال الشوكة الإستحرارية (fourchette diathermique)في التهابات عنق الرحم الضخامية لتصغير حجمه الجسيم . واستعمل في التهابات باطن قناة العنق المستعصية التدوية الوحيدة الفعل غير انني اعيد القول بأن التدوية المزدوجة الفعل تكفي في اكثر الاحيان فقد استعملناها في ما ينيف على مائتي حادثة

منذ السنة ١٩٣٢ حتى الآن وكنت ممتناً من نتائجها الحسنة . واود ان الفت النظر بالخاصة الى الغاية الاساسية من هذا التقرير اعني بها ليان الندبة الناشئة من تدويه عنق الرحم التي لا تعوق بتاتاً الحمل والوضع المقبلين بل انهما يتمان معها بلا اقل عارضة وسأكتفي بذكر مشاهدة واحدة من كثير من مشاهدات عالجتها

التهاب قناة عنق الرحم — تدوية — حمل ووضع طبيعيان

الآنسة ج . س. عمرها ٢٤ سنة من دمشق استشارتني في سنة ١٩٣٢ لسيلان (تعقبية) اصيبت به حديثاً : سيلان اصفر مخضر ينز من صماخ البول وفوهة غشاء البكارة غير الممزق . وفي السيلان مكورات بنية (غونوكوك) مستبطنة للخلايا القيحية وخارجة عنها . عالجتها بغسولات فوق مانغانات البوتاس الاحليلية والمهبلية بانبوبة من المطاط محافظةً على بكارتها وحقنت وريدها بالغوناكرين (Gonacrine) وتحت جلدها بلقاحات مختلفة مضادة للمكورات البنّية . واجريت لها عشرين جلسة استحرارية بشمعات هيغار مدة كل منها ثلاثون دقيقة. فكانت النتيجة ان شفيت العليلة سريرياً ومخبرياً بعد الانتهاء من هذه المعالجة.. وفي سنة ١٩٣٤ تزوجت وفي سنة ١٩٣٥ استشارتني لسيلان ابيض وابدت رغبتها في الأمومة. بالفحص قناة عنق الرحم ملتهبة بشدة ، فوهته مسدودة بمواد هلامية كثيرة ، ليس في السيلان وفي بقية الجهاز البولي التناسلي مكورات بنية ، جسم الرحم والملحقات طبيعية اجريت لها تدوية باطن عنق الرحم مرة واحدة فشفيت تمام الشفاء . وبعد مضي شهرين من التدوية حملت حملًا طبيعياً راقبته فلم يبدُ في اثنائه ما

يستحق الذكر سوى اضطراري الى تقليب خارجي في الشهر السابع لاعتلال مقعدي . وفي الساعة العاشرة من صباح ٤ آذار سنة ٩٣٦ بدأ المخاض . تقلصات خفيفة ، اعتلال قمي بالحوض في الوضعة المعترضة اليسرى . العنق آخذ بالامحاء . في الساعة السابعة عشرة العنق متسع بقدر الفرنك . في الساعة التاسعة عشرة اتساع العنق بقدر فرنكين . التقلصات شديدة ومؤلمة جداً . حقنتها بحبابة سباسمالجين روش (spasmalgine Roche) فعاد الطلق بعد فتور ساعة واحدة منتظماً وتقدم تداخل الرأس في الحوض. في الساعة الثانية من صباح ٤ آذار سنة ٩٣٦ كان توسع العنق كاملًا وانبثقت الحولاء (poche des eaux) عفواً . الرأس في العجان في الوضعة القفوية العانية . في الساعة الثالثة لم تتغير الحالة ، الفرج شديد الضيق والطلق خفيف اجريت لها شق العجان المزدوج.(épisiotomie) وحقنتها بحبابة بيتويترين (pituitrine) قوامها خمس وحدات . ولما لم تتم الولادة بعد مضي نصف ساعة استخرجت الجنين بالملقط فاذا به طفلة تزن ٣٤٥٠ غراماً في حالة خبل خفيف فانعشتها بسرعة وسهولة . خرجت المشيمة سليمة زنتها ٥٤٠ غراماً . توابع الولادة طبيعية. وقد رأيت المريضة مرات بعد الولادة وعنق رحمها لين .

يُستنتج من هذه المشاهدة كما يُستنتج من كثير مثلها ان التدوية شفت التهاب العنق بسرعة وحافظت على ليانه الطبيعي للولادة المقبلة ووضعت حداً لعقم ربما كان امره قد طال ولو لم يكن قديم العهد .

وقبل ان انهي كلمتي اقول اني استعملت تدوية عنق الرحم الملتهب ايضاً

في شهري الحمل الأول والثاني فلم اصادف اقل طارئة او اسقاط بل كانت النتائج التي حصلت عليها حسنة ولم ابدل طرز العمل في الحوامل الاباجتناب الدخول بعيداً في القناة الرحمية واني احتفظ باستعمال هذه الطريقة في الحمل على الرغم من حسن نتائجها للحالات الاستثنائية .

المناقشة ، العليم سوليه : ان عسر الولادة في المشاهدة لم ينجم عن عنق الرحم بل عن المهبل فلا ينكر ان العنق كان ليناً وان التدوية لم تصلبه وظهور السيلان في البنات ليس امراً نادراً . واذا لم يكن بدء التقرير غميساً (original) بل ايراداً لاستطبابات التدوية وطرقها فان المشاهدة ولا نكير مفيدة

***

٢ ــ معالجات الخناقات الحادة بالبزموت

للعليم انسطاس شاهين

ان استعمال البزموت في فن المداواة قديم العهد . فقد استعمل في معالجة آفات المعى والجروح والقروح والنواسير السلية وقد ادخل مازوتشي (Mazucci) استعماله في معالجة داء الافرنج . ودرس مالزير تأثيراته سريرياً وتجريبياً في الحيوان . وقد عمّ استعماله في معالجة داء الافرنج بعد نشر تقرير الطبيبين سوتون وروبير في سنة ١٩١٦ واعاد الطبيبان ليفاديتي وسازاراد في السنة ١٩٢١ درس هذا العلاج في مكافحة داء الافرنج مبينين فعله الناجع

فيه وقدم الاستاذ رو في السنة نفسها تقريراً الى مجمع العلوم مبيناً به فعل هذا العلاج ومنذ ذلك الحين عمّ استعماله وعدّ دواء اساسياً في معالجة داء الافرنج . وقد استعمله البعض في معالجة خناق فنسان . ونشر الاستاذ مارينو من ريودي جانيرو في السنة ١٩٢٦ تقريراً ضافياً عن نجاح البزموت في معالجة هذا الخناق اورد فيه مشاهدات عديدة لمساعده مونتيرو وفي سنة ١٩٣٤ نشر الطبيب الاخير مثالاً عن اختباراته في استعمال هذا العلاج ليس في خناقات فنسان فقط بل في معالجة جميع الخناقات الحادة الا الدفتيريائية منها ويذكر الكاتب انه اكتفى بالبزموت وحده في معالجة هذه الخناقات تاركاً جانباً جميع المعالجات الموضعية المعروفة فكانت النتيجة في جميع الحوادث المعالجة به حسنة . وكان يفحص جميع مرضاه فحصاً جرثومياً لنفي خناق فنسان . وقدم ملخص خمسين مشاهدة خناق حاد شفي معظمها بعد الحقن بحبابة (امبول) واحدة من البزموت في العضلات خلال اربع وعشرين ساعة والقليل الباقي منها تحسن تحسناً ظاهراً فاعاد الحقنة نفسها بحبابة كاملة او بنصفها بحسب حالة المرض في اليوم الثاني فشفيت تماماً في ثمان واربعين ساعة . ويشرح سير الشفاء هكذا : ان الألم وهو العرض الاكثر ازعاجاً للمريض ولا سيما البلع يتأثر بفعل العلاج قبل غيره فبعد الحقن بالبزموت بثماني الى عشر ساعات يشعر المريض بشيء من الراحة ويزداد تحسنه شيئاً فشيئاً ولا تمر اربع وعشرون ساعة حتى يزول الألم بتاتاً . وتتحسن الحالة العامة بدورها فالآلام المفصلية والعضلية والصداع والوهن تزول تدريجياً ولا يبقى لها من اثر في اليوم الثاني وتنخفض الحرارة الى درجتها

الطبيعية بعد مرور ثمان واربعين ساعة .

اما تأثير البزموت في الحالة الموضعية فواضح تمام الوضوح فان انتباج اللوزتين ووذمة القندبة (pilier) الخلفية يقلان بسرعة زائدة وتبدأ النتحة التي تكسو سطح اللوزتين بالسقوط منذ الساعات الاولى بعد الحقن بالعلاج وتزول تماماً في اليوم الثاني واذا حقن بالبزموت قبل تقيح الاجربة لا يبلغ الالتهاب دور التقيح بل يجهض في دوره الاحمراري . وكذلك العقد اللنفاوية السباتية وما تحت الفك التي تضخم غالباً في الخناق الحاد وتبقى كذلك حتى بعد شفاء هذا الداء بضعة ايام فانها تشفى في مدة قصيرة . ثم يذكر الكاتب ان للبزموت تأثيراً حسناً في الخناقات الفلغمونية اذا حقن به قبل دور التقيح الامر الذي لم نره نحن في الحوادث التي جربناه فيها وهذا هو رأي غيرنا ممن جربوه :

فامام هذه النتائج الحسنة التي يذكرها الكاتب .ونظراً الى سلامة الحقن بالبزموت باشرت استعمال هذا العلاج في بعض المرضى المصابين بالخناق الحاد وخناق فنسان والخناق الفلغموني منذ السنة ١٩٣٥ فكانت النتائج كما يلي :

في ستين مريضاً مصابين بالخناق الحاد حقنت عضلات ثلاثين منهم بحبابة من المستحضر البزموتي المسمى كنبي غير المحلول وعضلات الثلاثين الآخرين بحبابة من المستحضر البزموتي المسمى نيوكارديل .فكانت النتيجة في معظمهم موافقة لمشاهدات الكاتب : كان الألم اول الاعراض تأثراً وبعده تأتي الحالة الموضعية وتليها الحالة العامة وقلت في معظم الحوادث ولم اقل في كلها لان سرعة التحسن كانت مناسبة لشدة الداء وسرعة استعمال العلاج . اما في بعضهم فلم

يظهر التحسن الا في اليوم الثاني وبعد الحقن بحبابة اخرى بعد مضي اربع وعشرين ساعة على الحقنة الاولى وفي ثلاثة مرضى لم يبدأ التحسن الا بعد ثمان واربعين ساعة والحقن بحبابتين من مستحضر البزموت . واستطيع قسمة الحادثات الستين المذكورة هكذا : بدأ التحسن في ٤٨ مريضاً في الساعات العشر الاول من الحقن بالعلاج وكان شفاؤهم تاماً في خلال يومين ، وتسعة مرضى لم يشعروا بالتحسن الا بعد مضي ٢٤ ساعة والحقن بحبابة بزموت ثانية ولم يشفوا الا بعد مضي ثلاثة ايام . وثلاثة مرضى تأخر ظهور التحسن فيهم ٤٨ ساعة ولكنهم شفيوا في خلال اربعة ايام وخناقات هؤلاء كانت شديدة للغاية ولا تشفى على ما اظن في هذا الوقت القصير لو لا استعمال البزموت

وقد استعملت البزموت في عشرة حوادث خناق فنسان فكان الشفاء سريعاً جداً في حادثة واحدة فان المريض الذي كان مصاباً بقرحات عديدة في فمه على غشاء الحدين المخاطي واللثات شفي في خلال اربع وعشرين ساعة شفاء تاماً وسبعة مرضى تم شفاؤهم في خلال ٤٨ ساعة ومريضان كان شفاؤهما بطيئاً واستغرق اربعة ايام .

اما في الخناق الفلغموني فقد خابت المعالجة بالبزموت خيبة تامة حتى في الحادثات التي بكر في معالجتها بالبزموت وقبل تكون الخراج فيها على عكس المعالجة بالبرويدون الذي اذا بكر في استعماله يجهض الخراج ويشفي المريض

اما في الخناق الدفتيريائي فلا فائدة في استعمال البزموت الا كمنشط لفعل المصل في تطهير البلعوم من الجراثيم المرافقة لمصيات الخناق .

والخناقات السابقة للحميات النفاطية ذات سير بطيء في بدئها ومتى

وصلت الى دورها الحاد تكون الاعراض الخاصة بالمرض الاساسي قد ظهرت او ان هذه الاعراض تكون قد رافقتها منذ بدئها فتوضح التشخيص . اما القرحة الافرنجية فتعرف بعلاماتها الخاصة وبالكشف عن البريميات الشاحبة فيها وفي الدور الاحمراري من داء الافرنج يظل لون البلعوم اسبوعين احمر بنفسجياً ولا تبدو فيه علامة حادة وهذا البطء في السير علامة ذات قيمة في تفريق هذا الخناق النوعي عن الخناقات الاخرى . فهذه الخناقات جميعها التي لا تستدعي حالتها الخفيفة الحدة معالجة سريعة بالبزموت تنضم زمرة واحدة ولا فائدة للبزموت في معالجتها .

وبعد ذكر كل هذا يمكننا ان نقسم الخناقات الحادة بحسب تصنيف الاستاذ مارينو لها الى خناقات دفتيريائية تعالج بالمصل وخناقات غير دفتيريائية تعالج بالبزموت واذا تعذر التفريق بينهما سريرياً يلجأ كما هي القاعدة الى الفحص الجرثومي واذا تعذر الامران لبعد الطبيب عن المخابر يحقن بالمصل والبزموت معاً فان كان الخناق دفتيريائياً يكون المصل العلاج الكافي والبزموت علاجاً مساعداً لتخفيف آلام البلع المزعجة وتطهير البلعوم من الجراثيم المرافقة .

ونستطيع ان نستخلص النتائج التالية بعد تجاربنا الخاصة واستعمال هذه الطريقة الجديدة في معالجة الخناقات الحادة غير الدفتيريائية وغير الفلغمونية منذ اكثر من سنتين في ما يقرب من مائة حادثة وما عرفناه من تجارب بعض من الزملاء الذين ساعدونا في تجربة هذا العلاج :

ان ألم البلع يخف منذ الساعات الاول بعد الحقن بالبزموت ومثله تورم اللوزتين وما يجاورهما ويزولان تماماً بعد اربع وعشرين ساعة وكذلك

الحرارة وبقية الاعراض العامة التي يكاد لا يبقى منها شيء في آخر اليوم الثاني . ثم يخف تورم العقد اللنفاوية في اليوم الثالث والرابع .

اما في بعض الخناقات الشديدة والعميقة فيتأخر فعل البزموت ولذلك يجب الحقن بحبابتي بزموت في خلال ثمان واربعين ساعة توصلًا الى الشفاء التام . واستعمال جميع مركبات البزموت الشائعة في معالجة داء الافرنج جائز اما نحن فقد استعملنا النيوكارديل والكنبي وكانت النتائج في كليهما حسنة ومتشابهة .

المناقشه : العليم ترابو : هل جرب العليم شاهين مركبات البزموت بطليه البلعوم بها كما يطلى البلعوم في خناق فنسن بزرقة الماتيلين والنيوسلفرسان ؟ ان هذه الطريقة تستحسن تجربتها اجتناباً لحقنة البزموت المؤلمة ولا سيامتى كان المريض طفلًا . وليس فعل البزموت في خناق فنسن غريباً والبزموت قاتل للمتمعجات (spirilles) ولكن تعليل فعله الناجع مستصعب في انواع الخناقات الاخرى .

العليم شاهين : لم اجرب البزموت طلياً في الخناقات ذلك لانني لم اكن ممتناً من فعل النيوسلفرسان نفسه بهذه الطريقة . ان فعل الحقنة البزموتية في الالم سريع وعجيب وهذا ما تمتاز به هذه الطريقة على سواها .

العليم سوليه : ان البزموت يفعل كمطهر عام في معالجـة الخناقات وانني لمتساءل عمّا اذا كانت حقنة البزموت ضرورية في معالجة خناق سليم يستطاع شفاؤه عادة بدونها وبالسابتزين (septazine) الذي جرب في الخناقات وكانت فائدته كبيرة .

٣ ـــ بعض ايضاحات جديدة

حول مشاهدة قديمة لمرض ستوكس آدامس الرضي

للعليم ترابو

ترجمة العليم عزة مريدن

ايها السادة: تذكرون قصة ذلك الجمّال الذي عاش حياة طويلة بدون ان يشكو نهجاً (dyspnée d'effort) او خفقاناً ، حتى اصابه رض عنيف فاعترته على أثره نوب صرعية مع نبض بطيء دائم .

وقد دار النقاش حول هذه المشاهدة وحامت الشكوك حول النظرية التي ذكرناها عن تمزق الحجاب البطني الممكن الذي كانت تدل عليه نفخة انقباضية في الناحية المتوسطة من القلب منتشرة عرضاً .

وقد ساقتني الصدفة في اثناء المطالعة الى مشاهدة للسادة : دوفوار ، بوله ، بوترا ، بيزون ، ومدام يزل كوشي قدمت في ٩ نيسان ١٩٣٧ لجمعية المستشفيات الطبية في باريز وعنوانها :

حصار قلبي شديد منذ ٢٠ سنة ، واحتمال تمزق الحجاب

وهذه المشاهدة تشبه مشاهدتنا اشدّ الشبه وتحمل الينا دليلاً جديداً نستطيع الاستناد اليه ، ويستدل منه ان هــذه التمزقات الرضية في حجاب القلب ليست استثنائية ولا نادرة .

وها كم ملخص هذه المشاهدة: في سنة ١٩١٧ شاهد الاستاذ غالافاردان الاختصاصي الشهير في ليون امرأة عمرها ٣٨ سنة لم تكن تشكو اقل عرض قلبي . اصابتها وهي في السن الثامنة عشرة رفسة حصان في ملء صدرها وفي الناحية القلبية ، بينما كانت تقوم بعملها كخادمة في حقل، فظلت فاقدة رشدها زهاء عشرين دقيقة ثم حملت الى السرير حيث بقيت فيه ثمانية ايام ، مصابة بازرقاق وزلة شديدين

وبعد ان تركت سريرها شعرت انها كانت تصاب بزلة لأقل جهد مع دوار من وقت الى آخر وحس ضباب امام العينين وكأنها آخذة بالسقوط بدون ان يصيبها غشي تام .

وقد تبين للاستاذ (غالافاردان) بعد سنتين ، بطء النبض المنتظم (٥٠ نبضة) الذي لم يكن يختلف باختلاف الوضعة بل قليلًا بعد ركض ٢٠٠ متر وكشف مخطط القلب فرقاناً اذينياً بطينياً تاماً ، واظهر الاصغاء في قاعدة القلب نفخة انقباضية قاسية وخشنة .

وقد شاهد اطباء باريز هذه المريضة منذ زمن قريب ففسروا الآفات كما يلي : سبب النفخة اتصال البطينين المكتسب الناجم عن تمزق الحجاب الرضي، والمريضة الآن مصابة باسترخاء القلب، فتمزق الحجاب الرضي البدئي او التالي المؤدي لاشتراك البطينين اشتراكاً واسعاً يعلل تعليلًا تاماً الحصار والزرقة واتساع الاوردة الشديد التالي .

لم نقل غير ذلك عند ما فسرنا مشاهدتنا الشخصية التي قدمناها اليكم فريضنا وصنعته جمّال سقط تحت جمله فانكسرت له ضلعان ، ولم يكن يشكو

حتى ذلك التاريخ شيئاً ، ولما قام من مرضه شعر بزلة وضجر وقد شاهدنا فيه بطء النبض ونوباً صرعية وتناذر ستوكس آدامس صريحاً وكشف الاصغاء نفخـة في القسم المتوسط من القلب دلتنا على تمزق الحجاب بين البطينين ، وانا سعيد لاتفاقي مع اساتذة ليون وباريز وظني معهم بالمنشإ الرضي للافات المصادفة .

وقبل الانتهاء نضيف ان آفات القلب الرضية الشبيهة بما شاهدنا نادرة ويذكرنا مؤلفو باريز بالمشاهدات التالية :

فان لوبري ، وبلوك ، وجان ماير شاهدوا في السنة ١٩٢١ في فتاة عمرها عشرون سنة ، صحتها جيدة جداً ونبضها طبيعي انها ابدت فجأة في عقب رض عنيف بحجر عجلة على ثديها الايسر ، ابطاء في النبض بعد بضع ساعات من الصدمة مع حفل من الخفقانات ودام البطء خمس سنين بعد ذلك .

وقد أبان مخطط القلب الكهربي فرقاناً اذينياً بطينياً تاماً نسبه المؤلفون الى آفة في حزمة هيس بنزف محتمل في ملء الحجاب .

وفي سنة ١٩٢٥ سرد روزانسون مشاهدة حصار موقت دام ١٥ يوماً في ولد اصابته ضربة بجمع اليد .

وفي سنة ١٩٢٦ وصف بولريش ولاكروز حادث شخص عمره خمسون سنة اعتراه بطء في النبض بعد سقوطه عن حصانه .

ليس من الضروري على ما نرى اجهاد العقل للتقريب بين هذه الحوادث وبين الحادثة التي قدمناها ، فان طفل روزانسون اصيب بنزف خفيف في حجابه وكذلك الحال في مريض بولريش ولاكروز . فالآفات النزفية

تركت ندبة في فتاة لوبري وزملائه لان الحصار دام خمس سنين . فمن يقول بالنزف ، يقول ولا شك بتمزق العضلة القلبية فاذا كان التمزق شديداً احدث بسهولة تمزق الحجاب كما هو الحال في حادثتنا وحادثة غالافاردان ومؤلفي باريز . ونحن بدون ان نقف على جميع ما قيل عن تمزقات الحجاب نستطيع التأكيد الآن ان مشاهدتنا نادرة وجديرة باسترعائها للانظار

المناقشة، العليم سبح : ان هذه المشاهدة جواب عن مناقشتي السابقة انني اقرُّ بتمزق حجاب القلب الرضي الذي قد يكون داء الافرنج او التهاب الشغاف سبباً مؤهبا لحصوله .

العليم ترابو : غير ان مريضنا لم يكن مصاباً بهما .

* * *

حادثا شلل دفتيريائي، وحادث فالج دفتيريائي

للعليمين حسني سبح و جمال الدين الفحام

المشاهدة الاولى ص. ح . عمره ١٥ سنة، استشفى في ٢٧ كانون الاول سنة ١٩٣٦ لشلل رخو واضطراب في التكلم . ليس في سوابقه الشخصية والارثية ما يستحق الذكر ، بدأ مرضه الحالي منذ اربعين يوماً بخناق حاد وانتباج عقد ما تحت الفك ، شفي الخناق بالمعالجة الموضعية ، وبعد ثلاثة اسابيع ظهر اضطراب في الصوت مع عودة السوائل من المنخرين واصبح المريض بعد بضعة ايام لا يستطيع المشي لضعف ساقيه الامر الذي اضطره الى ملازمة

سريره. كشف الفحص شللاً تاماً في الخفاف(voile du palais) مع كساحة (paraplégie) سفلية رخوة وزوال المنعكسات الوترية وكان المنعكسان الاخمصي والحدقي طبيعيين ولم يكن ثمة اي شك في تشخيص الشلل الدفتيرياني لتعاقب الاضطرابات العصبية تلو خناق مجهول الطبيعة . وان البحث عن العصية الدفتيريائية في المفرز البلعومي ظل سلبياً سواءاً بالفحص المقصود او بعد الزرع.

عولج العليل بالمصل المضاد للدفتيريا اذ دخل المستشفى وبحقن الستركنين فغاب اضطراب التصويت اولاً وعادت الحركة اليه تدريجياً وترك المريض المستشفى في ٩ كانون الثاني سنة ٩٣٧ وهو لا يشكو سوى بعض الاضطراب الطفيف في المشي ذاك الاضطراب الذي اضطره الى العودة الينا ليعالج معالجة كهربية ، وقد كفت بضع جلسات بالتيار الغلفاني لشفائه التام ،

المشاهدة الثانية ب — خ : فتاة في الثالثة عشرة من عمرها ، استشفت في ٣٠ كانون الثاني سنة ٩٣٧ لضعف في المشي واضطراب في البلع . بدأ مرضها في آخر تشرين الثاني بالتهاب اللوزة مع حمى وانتباج عقد العنق ، وقد رافق وهن شديد تناذر (syndrome) الخناق الحاد المذكور فاضطررت الفتاة بسببه الى ملازمة سريرها مدة من الزمن اضطرب في اثنائها البلع فعسر عليها بلع السوائل التي كانت تعود بانفها . واستمر هذا الاضطراب نحواً من عشرين يوماً ، تحسنت بعدها حال الفتاة وعادت الى مدرستها ، غير انها جاءت مساء يوم مذعورة وقصت على عمتها انها لم تعد تستطيع القراءة ولا الكتابة ، وانها تشعر بدوار كلما حدقت النظر في اشياء قريبة ، وهكذا اضطرت العليلة الى ملازمة غرفتها مدة شهر واحد اعتراها في خلاله ضعف

في المشي ولكن بلع السوائل تحسن وظل الصوت أخن وكانت الحرارة ترتفع في المساء وتهتز ما بين ٣٨ — ٣٨,٥ فاستشفت العليلة في قاعة ابن سينا من مستشفانا الوطني لهذه الاضطرابات .

كشف فحص الجملة العصبية عن شلل رخو في الطرفين السفليين وعجز حركي جلي جداً وغياب المنعكسات الوترية . اما المنعكسات الجلدية البطنية فطبيعية ، والمنعكس الاخمصي طبيعي في الطرفين ، والمنعكس الحدقي طبيعي ايضاً بازاء النور . والحس السطحي بجميع اشكاله والحس العميق طبيعيان والمشي متعذر ولا تتمكن المريضة ان تخطو بضع خطى بدون معونة .

وكشف فحص البلعوم عن ضخامة في اللوزتين ، وحمرة منتشرة في البلعوم الخلفي ، ولم يبد فيه اي طلاء وكان النصف الايمن للحفاف واهناً والمنعكس الغشائي سابي فيه ، مع انه في الجهة اليسرى واضح .

واستدل من تنظر الحنجرة الذي اجراه زميلنا العليم شاهين ، ان نصف الحنجرة الايمن مشلول .

وفحص المفرز البلعومي فحصاً جرثومياً ، في الايام الأول من استشفاء المريضة وكرر عدة مرات ، فلم تكشف في جميع هذه الفحوص عصية لوفلر ، ولكن تفاعل زولر الجرى بعدها بقليل كان ايجابياً واستدل من فحص الطرفين السفليين الكهربي ان التنبهين الفارادي والغلفاني ناقصان وان ارتكاس الاستحالة (réaction de dégénérescence) غائب وكانت حرارة المريضة حين دخولها المستشفى ٣٨,٥ وقد اخذت تهتز في الايام الاربعة الأول من استشفائها بين ٣٨,٦ و ٣٩ ثم هبطت تدريجياً الى ٣٧,٥ وبقيت

بعدها في جوار الـ ٣٧ مدة استشفائها وكان النبض يرافق الحرارة ولم يكن في البول سكر ولاآحين، وبولة الدم . ٠,٣٥ سغ،وارتكاس واسرمان في الدم سلبي . ولم يكشف فحص السائل الدماغي الشوكي عن تبدل فيه .

عولجت المريضة بالمصل المضاد للدفتيريا : ٤٠ سم٣ في اليوم اربعة ايام متتابعة ، ثم ٣٠ سم٣ في الايام العشرة التالية وبحقن تحت الجلد بالستركنين وبجرع الارغوتين .

فتحسنت الحالة العامة كثيراً بعد المعالجة المصلية ، واخذ شلل الحفاف يتحسن يوماً عن يوم ، ومثله شلل الساقين ،واصبحت المريضة قادرة ان تخطو بعض الخطى مستندة الى من يساعدها .

واشركت المداواة المذكورة بالفيتامين ب ١ فاستعمل منه الفيبكس (Vibex) الذي ارساله الينا معمل .P. D حقناً تحت الجلد مرة كل يومين وكان التحسن بعد استعماله جلياً جداً ، وتمكنت المريضة من المشي مع شيء من الصعوبة : فهي تستطيع رفع ساقيها بلا معونة احد. وقد عولجت المريضة بعد ذلك معالجة كهربية استعادت بها جميع وظائفها وغادرت المستشفى متمتعة بصحة جيدة .

المشاهدة الثالثة : س . ن : البالغة من العمر سبع سنوات ، استشفت في ٢٦ آذار سنة ٩٣٧ للقوة يسرى وفالج شقي ايمن واضطراب في التصويت والبلع . ليس في سوابقها ما يستحق الذكر .

بدأ مرضها الحالي منذ اربعين يوماً ، اذ سقطت على وجهها في المدرسة ، فظهرت فيها لقوة يسرى من النموذج المحيطي ، استشارت بشأنها احد

اطباء البلدة فاشار عليها بالمعالجة الكهربية .

وبعد شهر اصيبت المريضة بحمى وخناق عاد الصوت أخن على اثرهما ثم بدا فالج شقي ايمن يرافقه وهن شديد. وكانت الحرارة تهتز بين ٣٨° و ٣٩° وبعد اربعة ايام استشفت عندنا في قاعة ابن سينا .

اظهر فحص الجملة العصبية لقوة محيطية يسرى وفالجاً شقياً ايمن ،وكانت المنعكسات الوترية فيه مزدادة وعلامة بابنسكي واضحة ، وكانت المنعكسات الجلدية البطنية مفقودة في الشق الايمن والحس السطحي والعميق سالمين والمصرات كذلك .

وقد كشف فحص البلعوم عن بعض الاغشية الكاذبة على اللوزتين والخفاف فاقد الحركة ، والمنعكس الغشياني مفقود فيه ، وكانت الحدقتان ترتكسان ارتكاساً طبيعياً بازاء النور والمطابقة ، ولم يكشف فحص الاجهزة الاخرى عن شيء غير طبيعي سوى بعض الخراخر القصبية المنتشرة في الرئتين .

وأظهر فحص النتحة البلعومية الجرثومي عصيات طويلة « تأخذ الغرام » ولم يعمد الى الزرع .

ولم يكن في البول سكر او آحين ، وبولة الدم : ٠,٣٥ سغ وارتكاس بورده واسرمان في الدم : سلبي وكانت نتائج البزل القطني كما يلي : سائل رائق كماء الينبوع ، ضغط ٣٠ سم في وضعة الجلوس وبمقياس كلود آحينه ٠,٢٥ سغ ، وسكره ٣٥ سغ ، مع لنفاويتين في الملم٣ .

عولجت المريضة بالمصل المضاد للدفتيريا ٤٠ سم٣ في اليوم وغسل بلعومها

وطهر وحقنت بالادرانالين والزيت المكوفر واعطيت علاجات صدرية .
فاخذت حالة المريضة العامة تحسن تدريجياً : بدأت الحرارة تهبط شيئاً فشيئاً وتوصلت المريضة الى تحريك طرفيها المشلولين ، اما القوة فلم تحسن ، غير ان شلل الخفاف خف . واشركت هذه المعالجة بالحيوين (فيتامين) اي بحقن الفيبكس (Vibex) يومياً ، ويظهر ان شلل الخفاف بالخاصة قد استفاد من الحقن بالفيبكس احسن فائدة .

وبعد عشرة ايام من الحقنة الاولى المصل ظهر ارتكاس مصلي شديد عولج بالمعالجة الخاصة .

والح اهل المريضة على اخراجها من المستشفى واعدين بالاستمرار على المعالجة ذاتها في البلدة .

وقد علمنا بعد حين ان المريضة ماتت فجأة .

. . . .

ففي هذه المشاهدات الثلاث بقي الخناق الدفتيريائي مجهولاً ومهملاً ولم يعالج اية معالجة نوعية ، وكانت العاقبة في الحادثتين الاولاوين شللاً اعتيادياً واضحاً ، وفي الثالثة فالجاً شقياً مع شلل تام في الخفاف .

وقد استند في تشخيص المرض في الحادثة الاولى الى سير الشلل وظهوره بعد خناق ، واستندنا في الحادثة الثانية عدا ذلك الى ايجابية ارتكاس زولر وهي ذات قيمة في تشخيص متأخر كهذا .

وقد فعل الاستمصال النوعي في الحادثة الاولى في الاضطرابات العصبية ، واما في الحادثة الثانية فقد عمدنا الى المداواة بالحيوين الذين يشار به في التهابات

الاعصاب الغديدة كهذه . وكان لهذه الطريقة الأخيرة فعلها في شلل الخفاف بالخاصة في الحادثة الاولى ، وفي التهاب الاعصاب العديدة في الطرفين السفليين في الحادثة الثانية .

ام الحادثة الثالثة فتبدو لنا اعظم شأناً من السابقتين. فان القوة التي بدت في المريضة قبل الخناق بشهر واحد ، والتي لم تتأثر قط بالمعالجة النوعية ،يخيل الينا انها لا علاقة لها بالانتان النوعي ، بل هي شلل عادي بردي او رضي ، امـا الفالج الشقي الذي بدا في المريضة بعد الخناق فيظهر لنا انه من منشإ دفتيريائي .

ان الفالج الدفتيريائي هو استقرار نادر جداً ، ففي ٩٠٧٥ حادثة دفتيريا لم يذكر دينكن «Dynkin» الا ستة حوادث منه، ومجموع ما ذكر عن هذا الفالج لا يتجاوز في جميع النشرات الطبية تسعين حادثة .

اما منشأ هذا الفالج ، فالآراء بشأنه مختلفـة ، فالبعض يقول بالتهابات الشرايين الدفتيريائية التي تعدُّ منشأ لانسداد وعائي يتلوه تلين ، وغيرهم يعزو هذا الاستقرار الى التهاب الدماغ الذيفاني . وقد قبلت في اطروحة عقيلة جاني رودينسكو (Jenny Roudinesco) هذه الفرضية الاخيرة وتؤيد الحالة العامة والنفسية في مريضتنا ذلك ومهما تكن آلية هـذا الفالج الدفتيريائي فمن المتفق عليه ان ظهوره ذو انذار وخيم جداً يدل على شكل خطر من الدفتيريا ويفضي الى الموت سواءاً بانتشار الآفات العصبية او باصابة القلب ، وهكذا كانت نهاية مريضتنا الفاجعة .

ويعزو الرأي الطبي اليوم قيمة إمراضية الى الفالج الدفتيريائي فهو يرى

فيه كفى داء الافرنج سبباً كبيراً بين اسباب فالج الاطفال .

وقد تكون مشاهدتنا الحادية والتسعين بعد المشاهدات التي نشرت حتى الآن ، وهي جديرة بالذكر ، وجديرة بلفت نظركم .

المناقشة . الحكيم ترابو : ان مناقشتي لا تدور الا على المشاهدة الثالثة فالامر الاول الذي لاحظته هو ان السائل الدماغي الشوكي كان طبيعياً وهذا مخالف للتحريات التي اجراها دولافرنيه من نانسي فقد بين فيها ان ظهور اقل العلامات العصبية في المصاب بالدفتيريا كشلل المطابقة او الخفاف (voile) يرافقه تبدل في السائل الدماغي الشوكي الذي تكثر فيه اللنفاويات او يزداد فيه الآحين ازدياداً خفيفاً . والامر الثاني الذي لفت نظري هو اللقوة (paralysie faciale) التي سبقت الخناق الدفتيريائي والفالج الشقي .ولست اظن ان سببها رضي او انها لا سبب لها (a frigoré) وبعد ان تذكرت مشاهدة شنتريو من بيروت التي رفعت الى محفل الطب (àcadémie de medecine) وددت ان الفت انظار الجمعية الى كثرة اللقوات الملقبة «بدون سبب» في اولاد يحملون عصيات لفلر في اثناء شللهم وكانوا قد اصيبوا بخناق حديث العهد يحققه الاستجواب فاللقوة ديفتيريائية المنشا كشلل الخفاف. وان حاملاً لجراثيم الدفتيريا قد يصاب بلقوة ولا يظهر الخناق الدفتيريائي فيه الا بعدئذ اذ اشتد حمة الجراثيم . والامر الثالث الذي الفت النظر اليه هو الفالج الشقي هذا الاختلاط النادر وهو كما ذكر الباحثان ذيفاني المنشإ وليس خثريه (thrombosique) فان التهابات الشرايين الدفتيريائية نادرة والدفتيريا مرض قد اشتهر بولعه بالجهاز العصبي .

<u>العليم شارل</u> : انني اصبت بلقوة ديفتيريائية وكنت في الوقت نفسه حاملاً لعصية لوفلر . وكنت قبلها بقليل قد اصبت بخناق ظن انه خناق مبتذل وقد استعصت هذه اللقوة على الرغم من الكميات الكبيرة من المصل والاستركنين

<u>العليم سبح</u> : ذكر الخثرات (thromboses) الدماغية في عقب الدفتيريا عدد من المؤلفين وبها عللوا التشوشات الدماغية التي صادفوها .

<u>العليم ترابو</u> : انها مع ذلك نادرة كالفالج الشقي الديفاني المنشإ نفسه .

❀❀❀

الشباب و الاشباب

٣

المعمرون من العرب وطرف من اخبارهم

للعليم شوكة الشطي

١ — ربيع بن ضبع بن وهب

قيل ان اطول الناس عمراً قبل الاسلام هو ربيع بن ضبع بن وهب عاش اربعين وثلاثمائةسنة ولم يسلم وقد دخل على بعض خلفاء بني امية فسأله عن عمره فقال :

اصبح مني الشباب قد حسرا — إن ينأ عني فقد ثوى عصرا
ودعنا قبل ان نودعه — لما قضى من جماعنا وطرا
ها أناذا آمل الخلود وقد — أدرك عقلي ومولدي حجرا
ابا امرىء القيس هل سمعت به — هيهات هيهات طال ذا عمرا
اصبحت لا احمل السلاح ولا — املك رأس البعير ان نفرا
والذئب اخشاه ان مررت به — وحدي واخشى الرياح والمطرا
من بعد ما قوة أسر بها — اصبحت شيخا أعالج الكبرا

وقال لما بلغ مائتي سنة

ألا أبلغ بنيّ بني ربيع — فأشرار البنين لكم فداء

بأني قد كبرت ودق عظمي فلا تشغلكم عني النساء
وان كنائني لنساء صدق وما آلى بنيّ وما اساؤا
اذا جاء الشتاء فأدفئوني فانّ الشيخ يهدمه الشتاء
فأما حين يذهب كلّ قرّ فسربالٌ خفيف او رداء
اذا عاش الفتى مائتين عاماً فقد أودى المسرة والفتاء

٢ — المستوعز بن ربيعة بن كعب

عاش المستوعز بن ربيعة بن كعب ثلاثاً وثلاثين وثلاثمائة سنة وقال في ذلك:

ولقد سئمت من الحياة وطولها وعمرت من عدد السنين مئينا
مائةٌ حدتها بعدها مائتان لي وعمرت من عدد الشهور سنينا
هل ما بقي الا كما قد فاتنا يوم يمرّ وليلة تحدونا

٣ — اكثم بن صيفي بن رياح

عاش اكثم بن صيفي بن رياح الحارث ثلاثمائة وثلاثين سنة وادرك الاسلام وقد نزل فيه قوله تعالى (ومن يخرج من بيته مهاجراً الى الله ورسوله ثم يدركه الموت فقد وقع اجره على الله) وسبب ذلك ان الاكثم لما سمع بخروج النبي صلى الله عليه وسلم بعث اليه ابنه حبيشاً ليأتيه بخبره فرجع ابنه يحمل كتاباً من النبي جاء فيه احمد اليك الله الذي لا إله الا هو ان الله

امرني ان اقول لا إله الا الله فقال اكثم لابنه ماذا رأيت قال رأيته يأمر بمكارم الاخلاق وينهى عن ملائمها فجمع اكثم قومه ودعاهم الى اتباعه وقال لهم كونوا في امره اولاً ولا تكونوا آخراً فقال لهم مالك بن نويره ان شيخكم خرف فقال اكثم ويل للشجي من الخلي والله ما عليك آسى ولكن على العامة ثم نادى في قومه فتبعه منهم مائة رجل فساروا حتى اذا كانوا دون المدينة باربع ليال كره ابنه حبيش مسيره فأدلج على ابل اصحاب ابيه فنحرها وشق قربهم ومزاداتهم فاصبحوا ليس معهم ماء ولا ظهر فجهدهم العطش وايقن اكثم بالموت فقال لاصحابه اقدموا على هذا الرجل فاعلموه باني اشهد ان لا اله الا الله وانه رسول الله وانظروا ان كان معه كتاب بايضاح ما يقول فآمنوا به واتبعوه وآزروه وقد بلغ حاجباً ووكيعا خروج اكثم فخرجا في اثره فلما مرا بقبره أقاما به ونحرا عليه جزوراً ثم قدما على اصحابه فقالا لهم ماذا امركم به اكثم قالوا امرنا بالاسلام فاسلما معهم وقال لما بلغ مائة وتسعين حجة

وان امرأ قد عاش تسعين حجّةً الى مائة لم يَسأم العيشَ جاهل

اتت مائتان غير عشرٍ وفاؤها وذلك من مرّ الليالى قلائل

وللاكثم كلمات مأثورة وحكم مشهورة منها ستساق الى ما انت لاق ، لا تهرف بما لا تعرف ، ليس من القوة التورط في الهوة ، ان اخاك من اتاك يريد واتاك ، ان اخا الظلم اعشى بالليل ، ناصح اخاك الخبر وكن منه على حذر ، الحرص يلهم العرض ، لا تحمدن أمة عام اشترائها ولا فتاة عام هدائها لا تلم اخاك ما آساك .قالوا وجمع اكثم بن صيفي بنيه لما بلغ مائتي

سنة وقال لهم يا بني انا مزودكم من نفسي كفوا السنتكم فان مقتل الرجل بين فكيه. ان اصبح عند رأس الامر احب الي من ان اصبح عند ذنبه، الوحشة ذهاب الأعلام ، البطر عند الرخاء حمق والجزع عند النازلة آفة التجمل ، لا تغضبوا من اليسير فانه يجني الكثير ، لا تجيبوا فيما لا تسألون عنه ولا تضحكوا مما لا يضحك منه ، تناؤا في الديار ولا تباغضوا فان من يجتمع تقعقع عمده ، الزموا النساء المهانة وانعم لهو الحرة المغزل ، احمق الحمق الفجور وحيلة من لا حيلة له الصبر ، المكثار كحاطب الليل ومن اكثر اسقط ، لا تبولوا على اكمة ولا تفشوا سراً الى أمة ، لا تمنعكم مساوي رجل من ذكر محاسنه ، لا يغلبنكم جمال النساء عن صراحة النسب فان المناكح الكريمة مدرجة للشرف . ومن اقواله حافظ على الصديق ولو في الحريق ، ولو انصف المظلوم لم يبق فينا ملوم ، متى تعالج مال غيرك تسأم وغثك خير من سمين غيرك ، لا تطمع في كل ما تسمع ، لا دواء لمن لا حياء له ، اذلل للحق تعزز ولا تجر فيما لا تدري وفي الاعتبار غنى عن الاختبار وكلما يبذل يحمد وانما يمسك من استمسك وكاد ذو الغربة يكون في كربة واستر سوأة اخيك لما تعرف فيك ، من فسدت بطانته كان كمن غص بالماء ، الدال على الخير كفاعله ، والجزاء بالجزاء والبادي اظلم والشر يبدؤه صغاره ، قتلت ارض جاهلها وقتل ارضا عالمها ، صادق صديقك هوناً ما عسى ان يكون عدوك يوماً ما وعاد عدوك هونا ما عسى ان يكون صديقك يوماً ، قد تجوع الحرة ولا تأكل بثدييها ، احسن القول اوجزه ، في المشورة صلاح الرعية ومادة الرأي ، توكل بالمهم ووكل بالصغير ، اقبح اعمال المقتدرين

الانتقام ، جاز بالحسنة ولا تكافىء بالسيئة فان اغنى الناس عن الحقد من عظم خطره عن المجازاة ، من جعل لحسن الظن نصيباً روح عن قلبه واصدر به امره ، الصمت يكسب المحبة وفضل القول على الفعل لؤم وفضل الفعل على القول مكرمة ، ولم يلز الكذب بشيء الا غلب عليه وشر الخصال الكذب والصديق من الصدق سمي ، الانقباض من الناس مكسبة للعداوة والتقرب من الناس مجلبة لجليس السوء فكن من الناس بين المنقبض والمسترسل وخير الامور اوساطها وافضل القرناء المرأةالصالحة ومن لم يكن له من نفسه واعظ لم يحفل بمرشد ، من اغتر بقوته فان الامر يأتيه من فوقه ، لقاء الأحبة مسلاة للهم ، لا مروءة لغاش ، الاحداث تأتي بغتة ولا تثقن بمن لم تختبره

٤ — دويد بن نهد وقيل ذويد ودويد

عاش اربعمائة وستا وخمسين سنة فلما حضره الموت قال

ألقى عليّ الدهر رِجْلاً ويداً والدهر ما اصلح يوماً افسدا
يُفسد ما اصلحه اليوم غدا

يا رُبّ نهب صالح حويتُه وربّ غيل (١) حسن لويته
اليوم يُبنى لدويد بيته لو كان للدهر بلىً بليتُه
او كان قرني واحداً كفيتُه

ثم مات مكانه

(١) الغَيل بالفتح الساعد الريان الممتلي

ه — محض بن عتبان بن ظالم الزبيدي

عاش مائتين وستا وخمسين سنة وهو من سعد العشيرة وقال :

ألا يا أسم إني لست منكم	ولكني امرؤ قومي شعوب
دعاني الداعيان فقلت إيهاً	فقالا كل من ندعو يجيب
الا يا أسمَ اعياني الركوب	واعيتني المكاسب والذهوب
وصرت رذية في البيت كلاً	تأذى بي الاباعد والقريب
كذاك الدهر والايام غول	لها في كل ساعة نصيب

(للبحث صلة)

❀❀❀

الجراحة الرضية الواقية

ترجمة الدكتور كامل سليمان الخوري

بروكلين — نيويورك

كان الموضوع المقترح تقديمه (شأن المعالجة الاولية في الجروح اتقاء للاختلاطات وطول العجز) ولكن اجتناباً للتطويل الثقيل جعلنا العنوان « الجراحة الرضية الواقية »

وقد انشأ هـذا البحث مؤلفو فن التجبير وهم ندوة غايتها تقديم المشاهدات الجميلة والمفيدة في كونيستركشن هوسبتال يوينت من خريجي جامعة كولومبيا في نيويورك . ويود المنشئون اظهار عواطفهم للمساعدة التي قدمها بعض الاطباء . .

الامضاآت . . . .

ان غاية هذا المقال هي تبيان بعض النقاط البارزة في العناية بالمرضوض وقـد اصبح الجمهور خبيراً ببذل الاسعاف الاولي اذ ان الطوارىء التي تحدث في البيوت والشوارع والمشاغل تضطرهم لان يكونوا على قدم الاستعداد لكل حادث ، ومثلها عناوين الاخبـار التي تنشرها الصحف فتذيع ان (٨٩٥٠٠) شخص يقتلون كل سنة في هذه الطوارىء وان (٨,٥٠٠,٠٠٠) شخص تصيبهم اضرارها . اما الخسارة المادية فتقدر بالفي مليون . كل هذا يدعو الى ضرورة هذا الاستعداد . .

وان المؤسسات الخيرية كجمعية الصليب الاحمر والفرق الكشفية وما اشبهها ترغب في تعليم الجمهور بذل الاسعاف الاولي. وقد انشئت مراكز لهذا الاسعاف في الهواء والطرق العامة والشوارع الواسعة. وتبذل لجنة الكسور في كلية الجراحين الاميركية جهودها لتعليم رجال الطبابة العناية بالكسور

ففي مدينتنا يتعاون مفوض المستشفيات مع هيئات المستشفيات البلدية لتدريس الاطباء الداخليين امثولة الاسعاف قبل ذهابهم في عربات نقل المرضى . وقد اصبحت عربات شركات النقل المتحدة مجهزة بمعدات الكسور وبجبيرة موراي جونس للطرفين العلويين وبجبيرة توماس للطرفين السفليين .

الاستمداد

يجب ان يكون الاستمداد غايتنا الاولى وعلى كل طبيب ان يتدرب على اجراء الاسعاف الاولي ليستطيع تعليمه للعامة ويجب ان يشمل هذا التدريب ممارسة طريقة التمديد الثابت لنقل المكسور . .

تطرأ الكسور على الاكثر في الحوادث الكبرى وهنا لا يقدر شأن المعالجة الاولى ويجب ان يكون شعارنا « جبرها حيثما وجدت » وان للنقل شأناً ومتى تحقق الكسر او شك فيه يجب تمديد الطرف تمديداً ثابتاً نقل المصاب .

الصدمة

ان احسن العلاجات الاولى لمداواة الصدمة هو المورفين فلا تزيدوا الصدمة بالفحص الباكر المؤلم ، بل عينوا اهم الاضرار واستعملوا المعالجة

الموافقة ثم انقلوا المصاب الى المستشفى . وان كسراً بسيطاً قد ينقلب كسراً مختلطاً مع إتلاف في الانسجة الرخوة لا يعوض اذا كان الاسعاف الاولي غير واف . ولنذكر ان الصدمة قد تنشأ عن نزف داخلي او خارجي شديد يستدعي العناية السريعة .

الجروح

ان كل جرح لا يجريه الجراح يعد جرحاً ملوثاً . وجميع الجروح الملوثة هي جروح متعفنة . والساعات الست الاولى هي الدور الذهبي في معالجة الجروح . وتصنف الجروح سريرياً كما يأتي :

جروح قاطعة وجروح ممزقة وجروح ثاقبة وتقسم الاخيرة الى جروح واخزة وجروح طاعنة وجروح نارية . وكل من هذه الجروح قد يكون سطحياً او عميقاً . ويقوم علاج كل جرح رضي بالتطهير اولاً وذلك بغسله بالماء والصابون وريه بكمية كبيرة من محلول معقم وقد يكون البانزين او الأثير ضرورياً اذا ظن ان الجرح يحتاج الى مطهر مذيب قبل غسله بالماء والصابون وأهم عمل هو ري الجرح طويلًا بالمحلول الملحي . ثم يجفف الجرح ويروى بكحول يودي نسبته ½ ٣ ٪ ويغلق الجرح بالخياطة . ولا بد من تفجير جميع الجروح الرضية باحفوض من المطاط كاف لهذا العمل . وتعالج الجروح الواخزة المعالجة نفسها ويضاف اليها تقطير صبغ الايود في البقعة المصابة بمحقنة مع ضغط كاف يوصل هذا المطهر الكيمياوي الى جميع منعرجات الجرح .

اما الجروح الرضية فيجب ان تنضر ويتم هذا بنزع الانسجة الميتة جميعها

التي لا امل بحياتها فينقلب الجرح الرضي جرحاً جراحياً ويغلق طبقة طبقة بعد ان يفجر . واذا كان الرض متسعاً وكان التنضير متعذراً او غير وافٍ او اذا جيء بالجريح بعد انقضاء الساعات الست الاولى يخاط خياطة ثانوية بدئية او خياطة ثانوية متأخرة وتتم هذه بتنضير الجرح ووضع الغرز في مقرها بدون ربطها فتقرب شفتا الجرح ريثما نتأكد من طهارته سريرياً وجرثومياً .

الحروق

الحرق هو جرح بالحرارة وقد تطورت معالجة الحروق كما تطورت معالجة الجروح . فبعد ان كانت تعالج بزيت الكارون(١) اصبحت معالجتها جراحية .

ان الصدمة التي ترافق الحروق والتي تحصل في غضون ثمانٍ واربعين ساعة هي صدمة بدئية او صدمة رضية . اما الصدمة الحاصلة بعد ذلك فهي ثانوية او انسمامية تنشأ من امتصاص ما انحل من النسج المحترقة . وتتم معالجة الجروح في ثلاث مراحل :

١ — التهاب الجلد ، الدور الالتهابي : تبدو فيه صدمة اولية او رضية فيعطى من المورفين مقدار مناسب ويدفأ المريض ويوضع في وضعة المصدوم ويعطى السوائل قسراً بالفم او حقناً بالمستقيم او تحت الجلد او في الوريد ويبلل الحرق موضعياً بمحلول من حامض العفص نسبته خمسة بالمائة ويعاد ذلك كلما جف الى ان يتكون غشاء عفصي وتندبغ الناحية وتستعمل السوائل الخفيفة القلوية ولا سيما في الاولاد المعرضين للانسمام بالحامض

---

(١) مزيج من زيت بزر الكتان وماء الكلس

هذا في الحوادث التي يراها الطبيب في الحال اما في الحوادث المتأخرة المتعفنة فتستعمل رفادات مبللة بمحلول من ثاني فحمات الصوديوم نسبته ١٠ ./. فيساعد على تفجير الناحيـة ويسهل نزوح المفرزات .

٢ – دور التقشر : تنفصل في هـذا الدور الخشكريشات فاذا مـا استعمل الحامض العفصي باكراً يقصر هذا الدور كثيراً ولا تعقبه صدمة انسامية لان الهيولينات التي رسبها الحامض العفصي تكوّن غشاء فيمنع امتصاصها وتحول دون خروج سوائل البدن او دخول الانتان . واذا احاط هذا الغشاء بالعضو ونشأت من الضغط وذمة محيطية تسهل الدورة الدموية المنزعجة باجراء شقوق عديدة .

قد تظهر في هذه المرحلة الصدمة الانسامية الثانويـة اذا لم يستعمل حامض العفص وتتم المعالجة هنـا بوضع رفادات مبللة بمحلول ثاني فحمات الصوديوم وليثابر على اعطاء السوائل وليكرر نقل الدم بكميات قليلة وتتقى البراعم الطافحة وتأخر الندب باستعمال مزيج مؤلف من جزء واحد من الزيت المـكوفر وثلاثة اجزاء من زيت كبد الحوت .

٣ – الشفاء او دور الندب : تعرض الساحة المحترقة للحرارة المشعة وللهواء الطلق فيأخذ الجرح بالتحبب وتسرع البشرة بتغطية اطراف الجرح

واذا كانت الساحات المحترقة واسعة يصبح التطعيم من اسس المعالجة ولتقاوم الانـكماشات طيلة المداواة جميعها فمتى احترقت ثنيات الجسم يثابر على التمديد الى ان تكتسي الناحية بشرة تامة ويستعمل في حروق الوجه المرهم البوري بنسبة ١٠ ./. فتمد منه طبقة كثيفة ويحرك الوجـه بمضغ

العلوك والتفخ . وقد خففت معالجة الحروق بحامض العفص الألم والصدمة الانسامية . فالغشاء العفصي فضلاً عن وقايته للساحات المكشوفة يؤلف ايضاً جسراً تمر عليه البشرة من محيط هذه الساحات . ومعالجتها بالهواء الطلق والضياء المشع تجعل الندبة اكثر لياناً .

الكزاز والغنغرينة الغازية

ان اتقاء هاتين العرقلتين ينقذ حياة الكثيرين .

فجميع الجروح الرضية عرضة للكزاز او الغنغرينة الغازية ولتراقب جميع الجروح النافذة او الرضية الشديدة حذراً من احدى هاتين العرقلتين او منهما معاً والكسور المختلطة حقل خصيب للغنغرينة الغازية والكزاز والوقاية منهما هي اس المداواة فليمن بها . ففي اكثر الحوادث يكفي الحقن بالف وخمسمائة وحدة من ترياق الكزاز لاتقاء هذا الداء . ولكن اذا كان التلوث شديداً او الفاصلة بين الحادثة والاسعاف الاولي طويلة يزاد المقدار . واذا كان المريض تشقاً بازاء مصل الحصان يزال تحسسه بحقنه بمقادير صغيرة كل ساعتين ثم يحقنه بالمقدار الوافي بعدئذ .

اما اتقاء الغنغرينة الغازية فيتم بالجمع بين الجراحة الموافقة والحقن بالمصل الممنع الذي يحقن منه بنحو من الفي وحدة في الوقت الذي يحقن به بالمصل المضاد للكزاز . وفي التجارة مزيج من هذين المصلين معاً

كسور المفاصل وخلوعها وآفاتها

ان تشخيص الآفة الباكر هو اساس المعالجة الموافقة والتبكير برد الكسور وارجاع الخلوع معناه سهولة العمل ويجب ان يكون التثبيت صحيحاً

وبسيطاً وليراقب الرد بالاشعة . وتختلف المعالجة بحسب الحالات . والقاعدة العامة هي : ردّ باكراً ما استطعت وتأكد من ثبات الرد .

قد ينشأ العجز الطويل في هذه الحوادث مما يأتي :

١ - جهل الشكل الحقيقي للآفة . وينطبق هذا على كسور المفاصل وعلى الكسور التي يحدث فيها تبدل جانبي كبير .

٢ - الخيبة في الحصول على رد وتثبيت موافقين فاذا لم يعد المحور الى وضعه الاصلي فالعجز لا يمكن اجتنابه .

٣ - خيبة الاصلاح : لاسباب معلومة او مجهولة قد ينتهي الامر بالتصلب وقد يحدث هذا رغم حسن الرد والتثبيت

٤ - عدم التعاون : لا بدّ من ان يكون بين المريض والطبيب شيء من التعاون فعلى المريض ان يدرك ان الحركة واجبة متى بلغ الترمم درجة خاصة .

يجب ان يرد الكسر في الساعات الست الاولى لان الاختلاطات تبدأ بالظهور بعد هذه المدة فيضطر الى معالجة الآفة واختلاطاتها .

يستعمل التخدير العام كثيراً ويختار المخدر الموافق لكل حادثة وكثيراً ما يكتفي بالتخدير الموضعي .

اما التجبير فاحسنه ابسطه والجبائر الجبسية تكفي في كثير من الكسور التي يستطاع ردها باليد . اما الكسور الاخرى فالتمديد والتعليق ضروريان فيها واذ ذاك لا يستطيع المريض التنقل . وقلما يضطر الجراح الى الرد الجراحي ولا سيما متى استعمل التمديد ومضاد التمديد .

تنظف الكسور المفتوحة المختلطة بالماء والصابون ثم تروى بمحلول ملحي حار وتقطع اللحم وهذا كاف لاتقاء الانتان . والخياطة الثانوية او المتأخرة اضمن من الخياطة البدئية او الآنية

والخلوع كالكسور تستدعي التشخيص العاجل والرد الباكر ومتى ردت ثبتت وتثبيتها لا يحتاج الى المهارة التي لا بدّ منها في تثبيت الكسور، ويشار بالحركة الباكرة الفاعلة لاستعادة الوظيفة .

ان تعرقل الخلوع بالكسور كثير الحدوث فلينتبه الى ذلك في المعالجة . ومتى صادفنا كسوراً او خلوعاً معرقلة كان علينا ان نرقب الاختلاطات العصبية والوعائية وان نتقيها ما امكن .

تتطلب اصابات المفاصل – غير الخلوع – تحديد الآفة بدقة لتميين مقر الرض أهو في العظام التي ترتكز عليها الانسجة ام في باطن المفصل . فاذا اصيبت العظام قد يحول التثبيت الباكر دون العجز الذي يشاهد في الحوادث غير المعالجة . اما اذا اصيب باطن المفصل كغضاريف الركبة فلا بدّ من التوسط الجراحي الباكر لاتقاء العراقيل المقبلة

الاوتار والاعصاب

ان التبكير في خياطة الاعصاب والاوتار المقطوعة واجب لاتقاء الالتهابات وحفظ الوظيفة. وفي الطبقات العميقة قد تنقطع الاوتار والاعصاب ولا يجلى امرها فيجب في كل رض شديد اجراء التجارب العائدة الى وظيفة الاعصاب والاوتار لمعرفة سلامتها او انقطاعها

اصابة باطن القحف

ان معالجة آفات الرأس تستدعي التحفظ فالراحة الطويلة ضرورية ليستعيد البدن التوازن المستبطن للقحف. ان درجة كسور القحف الظاهرة لا تدل على درجة التخريبات الباطنة فيجب الا يقتصر اهتمامنا كله على كسور عظام القحف بل على ما فيه ايضاً فان ٨٠ ./. من هذه الاصابات تبرأ اذا ما عولجت معالجة حسنة و٢٠ ./. يقضون رغم كل معالجة.اما حصول السبات المترقي في عقب رض الرأس فهو دليل على نزف فوق الام الجافية او تحتها واذا ظهرت صدمة في المريض عقب الرض ثم افاق بضع ساعات وعاد الى السبات وظهرت فيه اعراض الضغط المستبطن للجمجمة، كان ذلك دليلًا على نزف السحائي المتوسط. والحدقة المتوسعة والثابتة تدل على جهة الآفة والآفات درجات من ارتجاج الدماغ الخفيف حتى تلفه التام ومستندات التشخيص هي :

١ – تاريخ الرض الذي سبب ضياع الادراك الوقتي او المديد .

٢ – البزل القطني الذي يكشف دماً في السائل الدماغي الشوكي وازدياد الضغط فيه .

٣ – رسم القحف الشعاعي . واذا لم يظهر به شيء فلا ينفي ذلك الكسر او تخرب الدماغ .

ونزع الشظايا الغائرة باكراً هو الطريقة الفضلى ويستثنى بعض انخفاضات الجمجمة الخفيفة في الاطفال .

الظهر – كسور الفقار وخلوعها

قد تكون النتائج في رضوض الظهر سيئة اذا عوين المصاب معاينة ناقصة حين وقوع الحادث ، فمتى اشتبه باصابة الفقار يجب نقل المريض بوضعة الانكباب والعمود الفقاري ممدد او مغالى في تمديده وذلك بوضع المريض منكباً على لوح خشبي تستره مقرمة (شرسف) .

ان رضوض الفقار وان بدت خفيفة يجب عرضها على الاشعة ورسمها بالوضع الجانبي . فانالتشخيص الباكر والرد الموافق يحولان دون دون التشوهات والاختلاطات . ويتم الرد على احسن صورة بالتمديد الشديد . و الرد الباكر ضروري متى ظهرت علامات عصبية وقد تقضي الحالة بالتوسط الجراحي .

ومن وسائل التشخيص الكبيرة الشأن متى ظهرت العلامات العصبية اختبار كويكنستدت لكشف الانسداد الشوكي او النزف تحت المنكبوتية . اما الخلوع بلا كسر فهي نادرة وفحص الجهاز العصبي التام والباكر ضروري ليعرف مدى تخرب الحبل الشوكي . ومتى نمت العلامات العصبية عن اصابة النخاع الشديدة يرفع الضغط بقطع الصفائح الفقارية وذلك خير من الرد غير الجراحي . والرد مستطاع بالتمديد الشديد التدريجي .

ومتى لم يكن اكتناف عصبي يستعمل الرد بالطرق التدريجية اما الحوادث المستعصية التي لا ترد بالتمديد الشديد فترد باليد واذامست الحاجة يستعمل التخدير العام لتسترخي العضلات استرخاء تاماً .

ثم يثبت العمود المعطوف بجهاز جبسي شهوراً عديدة ومتى نزع الجهاز يستعمل مشد واقٍ سنة على الاقل . والرد الباكر في الناحية الرقبية امر ذو بال . ولنذكر جيداً ان الرد سواء أكان مغلقاً او مفتوحاً في الاقسام العليا من العمود قد يرافقه موت فجائي . ويجب ان يبقى التثبيت والنقه مدة طويلة . فالالتئام بطيء ولنتأكد من تقدمه بالاشعة تكراراً . وفي الحوادث التي لا اختلاط فيها حيث تمَّ الرد باكراً تكون النتائج دائماً حسنة اما في الرد المتأخر حيث تحدث تغيرات عصبية فالنتائج دائماً وخيمة. ولنعتنِ بقوة الجسم العامة ولنستعمل تمارين منظمة لحفظ قوة العضلات الفقارية .

الصدر والبطن

ان الحوادث المستبطنة للصدر والبطن التي لا ترافقها علامات الرض الخارجية تلقي الجراح في الحيرة والتردد .

ولا بد لحلها من المحاكمات الجراحية الرشيدة . والقاعدة هي الانتظار والمراقبة المسلحة في جروح البطن واذا كان الرض شديداً كانت الاصابة الحشوية محققة والاعضاء المصابة تتوالى عادة على هذا الترتيب :

١ . الطحال ٢ . الكبد ٣ . الكليتين ٤ . المثانة ٥ . الامعاء الرقيقة الامعاء الغليظة .

ولنذكر العلاقة الوثيقة بين اعلى البطن ومحتواه وبين الصدر في رضوض الصدر السفلى وفي جميع اصابات البطن العليا . ولنتوقع حدوث انخماص رئوي ثانوي ولاتقائه يجب ان نجتنب :

١ . انشقاق الحجاب الحاجز

٢ . ازعاج التنفس بالربط المشدودة التي تضعف التهوية

٣ . تقليل العقاقير التي تخفض التنفس

٤ . تغيير وضعة الصدر

وليستقصَ في جميع جروح البطن النافذة باكراً .

وكلما وقعت الاصابة في اعلى الناحية المعدية المعوية كان الانذار سليماً . لان التعفن اكثر حدوثاً في الناحية السفلى .

ويدل القيء الدموي في جروح اعلى البطن على اصابة المعدة .

والخطر الكبير في اصابة الاحشاء المملوءة هو النزف وفي اصابة الاحشاء الجوفاء التهاب الصفاق (الباريطون)

ولنجتنب استعمال المورفين في رضوض البطن ريثما تشخص الآفة وتقرر المعالجة .

ولنختر في العمليات الاستقصائية على البطن المرضوض شقوقاً مناسبة

❀❀❀

أثر العرب في الطب والعلوم الطبيعية

للعليم سعدي التميمي

رئيس جمعية الاطباء الوطنيين بجنيف

عند ما خرج العرب من الجزيرة وطمحوا الى مقعدهم الرفيع في مضمار الحضارة قاموا بدورهم في انهاض الثقافة العامة . فاستعرضوا اولاً ما وضعته الامم التي تقدمتهم كالهنود والاغريق في العلوم والفنون وانصرفت طائفة من علمائهم الى ترجمة ما في الكتب الاجنبية فنقلوا الى العربية كل ما وجدوه صالحاً ونافعاً . ثم تقدموا بهذه الثروة الى الامام فحسنوها وهذبوها وزادوا فيها الى ان اوصلوا الامانة العلمية الى علماء دور البعث في اوروبة .

خذوا مثلاً فن الكيمياء : من اوجد الامبيق والطرق الفنيـة للتقطير والتصعيد والتـكليس والتصفية وتقطير الماء والكحول وهي كلها مفاتيح فن الكيمياء الحديث . ان فخر ايجادها يعود الى العرب ولذلك يعترف افاضل الغربيين ان جابراً بن حيان الـكيمياوي العربي الذائع الصيت هو في الحقيقة ابو الكيمياء الحديثة التي قام عليها مجد الغربيين وتقدمهم الراهن وكيماويونا هم الذين اكتشفوا الحوامض والقلويات وادخلوا المركبات الكيمياويـة في الادوية .

خذوا ايضاً فن النبات وهو مفتاح العلوم الطبيعية. فقد وصف احمد بن

البيطار وهو من علماء القرن الثالث عشر زهاء الفي علاج نبات اكثرها جديد في كتابه المسمى (بالمفردات) وهذا كتاب حياة الحيوان للدميري فهو يعد من خير ما كتب في علم الحيوان وهذا كتاب الطبايع للعلامة العربي ابن احمد وقد سبق فيه داروين صاحب النظرية المشهورة اذ ذكر فيه ما قاله داروين بالتمام .

وضع العالم العربي سابور بن سهل في القرن التاسع كتاباً هو احسن ما كتب في مفردات الطب وأسماه الاقرباذين الكبير فهو ورفاقه العلماء العرب كالرازي وابي الحسن بن حبيش وضعوا طب الاقليم وادخلوا عدة ادوية في الطب كالزئبق والكافور والمسك والصندل والشرابات والمستحلبات والسعتر والحنظل والمسهلات الطبية وهم اول من وضع الجداول المرتبة في السموم ومضاداتها وجاءت تصانيفهم هذه مفتاحاً لجميع الكتب المتأخرة من هذا النوع .

ظهر في اوروبة في اواخر القرن التاسع عشر العلامة باستور الفرنسي وهو الذي تدرج من درس التعفنات والاختمارات الى اكتشاف الجراثيم وطرق التلقيح ولكنني ارى من واجبي ان اذكر الجيل الحاضر ان العلامة العربي ابن عبد العزيز الذي عاش في القرن الحادي عشر اي قبل باستور بـ ٨٠٠ عام قد وصف حادث التفسخ والتعفن وصفاً علمياً دقيقاً وبسط نظرية التطعيم عن طريق الفم .

واما فن الجراحة فقد كان له من عناية العرب اكبر نصيب . فالعرب اول من وضع طريقة التخدير قبل العملية وبذلك قضوا على اكبر صعوبة

تعترض الجراح في عمله فالجراحون العرب كابن ابي ريشة التميمي وكأبي القاسم من قرطبة صاحب كتاب (التصريف)وغيرهم وضعوا كتباً قيمة في الجراحة وقاموا باجراء العمليات الجراحية الكبرى واخرجوا الحصاة من الكلى والمثانة وعلّموا بتر الاعضاء وجراحة الفم واخراج السهام وربط الشرايين كما انهم وضعوا اصول الجبيصنة المصرية الحاضرة في كسور العظام

ان الفخر الذي اورثناه بن سينا والرازي والزهراوي لا يقدر بثمن فقد وضعوا كتباً طبية ذات قيمة علمية عظيمة الشأن وقد كانت كتبهم تدرس في كليات الطب في سالرن ومونبيليه وباريز واوكسفورد حتى اواخر القرن الخامس عشر .

وكان خلفاء بغداد والاندلس يشجعون العلم والعلماء وقد نتج عن تكاثف العلماء والخلفاء ان فتحت المدارس الطبية في طول البلاد وعرضها على نمط مدرسة جنديسابور الطبية الشهيرة في فجر الاسلام وفتحت المستشفيات في المدن لجميع الناس من كل الاديان وهذه المستشفيات كانت على ادق ما يكون من الترتيب وكانت لكل شعبة طبية ناحية خاصة في المستشفيات كما هو الحال في العصر الحاضر . وكان لكل شعبة اطباء اخصائيون اذكر من كبار اطباء العيون مثلًا ابو الفتح العيسى الملقب بابن ابي الحوافر الذي عاش في القرن الثالث عشر وقد كتب عنه صديقي العلامة الدكتور لطفي السعدي احد كبار اطباء العرب في دترويت مشيغن في المهجر ووصف مبتكراته في طبابة العين وهي محترمة الى يومنا هذا .

ويلذ لي ان اذكر انه كان للعرب طبيبات عالمات كزينب من بني عود

وهي من مهرة الكحالين وابنة ابي العلا بن زُهر من اشبيلية وقد كانت طبيبة بلاط الخليفة المنصور .

ان لهذه الامة قسطها في علاج الانسانية المتعبة وان لها بحكم هذه الاتعاب حقاً في الحياة تنشده باسم العدالة وباسم ما قدمته من خدمة للانسانية

وبعد ان اوصل العرب امانة العلم الى علماء دور البعث خمدت قرائحهم تبعاً لاندثار حريتهم فوقفوا بينما كان الغربيون يسيرون بالامانة الى الامام . فزادوا علم العرب تحسيناً واضافوا اليه اضعاف اضعاف ما اضافه العرب الى علم الاغريق . وهكذا سنة الكون تتناوب الامم رسالة المعرفة كل بدورها .

ويخيل الي ان العرب دخلوا دور اليقظة منذ مطلع القرن العشرين . فقد أسرع عرب الشام الى فتح مدرسة الطب العربية حالما بزغ لهم بصيص من نور الحرية قبل ١٨ عاماً . وطفق علماؤهم يترجمون الى العربية ما تحويه خزائن الغربيين من نفائس كما عمل حنين بن اسحق وصحبه قبل الف عام .

ونبغ في مصر جراحون كبار ، وعلماء منقبون وقد شاهدت بنفسي دهشة الاطباء الاوروبيين واعجابهم بمبتكرات العلماء المصريين في ابان المؤتمر الطبي الدولي في القاهرة قبل سبع سنوات .

كل ذلك يؤكد ان هذه الامة الفاضلة التي علمت البشرية خلال قرون لا بد انها تنهض من جديد فتعود الى تبوء مركزها الرفيع بين الامم المثقفة.

❀❀❀

صحة المساكن وعلاقتها

بانتشار السل

«٣»

ترجمها العليم انور هاشم

د — توزيع وفيات السل تبعاً للمساكن

وضعنا بمعونة العليم ب. فينه (G.Vigne) مدير المكتب الصحي في مدينة ليون الجدول الصحي الخاص بتلك المدينة فيما يتعلق بالوفيات السلية والسرطانية في مدة ٢٠ سنة من عام ١٩٠٦ الى ١٩٢٥. وتمكنا من تحديد الاصابات السلية والسرطانية في مختلف المنازل طوال تلك المدة. ومن الممكن توزيع الوفيات السلية في مدينة ليون على الصورة التالية:

١٨١٢١	بناية لم يحدث فيها اي اصابة بالسل
٣٩٦٣	« حدثت فيها اصابة واحدة بالسل
٨٨٦	« « « اصابتان بالسل
٢١٢	« « « ثلاث اصابات بالسل
٥٨	« « « اربع « «
١٢	« « « خمس « «
٣	« « « ست « «
٢	« « « سبع « «
١	« « « ثماني « «

فاذا ما انعمنا النظر في ٢١٢ منزلاً مات فيها ثلاثة مسلولون و٥٨ منزلاً مات فيها اربعة بالآفة نفسها تساءلنا عما اذا كانت مجموعة الوفيات هذه ناشئة من عوامل سلبية ذات ارتباط بهذه المساكن ام ان الصدفة وحدها هي السبب في هذه الوفيات ؟ لا بد حينئذ للاجابة عن هذا السؤال من مراجعة الطريقة الاحصائية بالشواهد المتباينة فهي تبين لنا بدقة كل ما هو ذو علاقة بالأمر .

وقد لوحظ على وجه التقريب ان توزيع عدد المواليد كان معادلاً لعدد الوفيات بالسل . وقد سجل في هذا الصدد ٢٢٨ منزلاً حدثت فيها ثلاث ولادات مقابل ٥٣ منزلاً حدثت فيها اربع وفيات .

وان الوفرة متشابهة في كلتا الحالتين حتى اننا اذا وضعنا مخططات لاظهار هذا الانتشار رأينا ان الانحناءات قريب بعضها من البعض الآخر حتى انها تختلط مع بعضها بصورة محسوسة . وقد دققنا في الوفيات بالسرطان فشاهدنا الانتشار نفسه حيث كانت نسبة الوفيات معادلة لنسبة الزيجات . فمهما تعددت المظاهر فان توزع الحادثات في المساكن متشابه دائماً والرأي السائد ان الصدفة وحدها ليس غير هي العامل الاكيد في هذا الانتشار ولكي يصبح هذا التفتيش قيماً لا بد ان يقارن بين عدد معين من الحالات ويجب ان يكون هذا العدد كبيراً والشروط المسكنية وكذا الزمن واحداً وفي الجدول الآتي نموذج عن هذه الحالات :

الوفرة بالمساكن	الوفيات			الولادات
	بالسرطان	بالسل	المجموع	
٠	١٨٢٣١	١٨١٢١	١٨١١٧	١٨٢٤٨
١	٣٧٦٩	٣٩٦٣	٣٩٥٢	٣٧٣٦
٢	٩٥٣	٨٨٦	٩١٣	٩٨٢
٣	٢٢٨	٢١٢	٢١٠	٢١٢
٤	٥٣	٥٨	٤٦	٥١
٥	١٦	١٢	١٣	١٨
٦	٥	٣	٤	٦
٧	٢	٢	٢	٣
٨	١	١	١	٢

اذا كانت في المدينة بيوت مرافقها الصحية سيئة محرومة من النور رديئة التهوية قذرة فهذه الشروط موافقة جداً لانتشار السل وبناء عليه يجب ان يكون معدل الوفيات السلية فيها اكثر مما هو عليه وان يظهر هذا الاثر في التحريات التي اجريناها . فالبيوت الحائزة على الشروط المذكورة ليست قليلة في المدن وبالرغم عن ذلك فتأثيرها لا يذكر .

فكيف نوفق اذن بين هذا التأكيد الذي لا يرد مع ثقتنا بخطر هذه المساكن الوضيعة في انتشار السل ؟ اذا اردنا ان نقدم برهاناً على عدم سراية السل او بالاحرى على ندرة سرايته فاننا نجده في نتيجة التحريات التي قدمناها فهي تبرهن على انه اذا كان لوخامة المساكن دخل في انتشار

السل فهو تأثير لا قيمة له . لا ينكر ان صحة المسكن لها قيمتها فيما يتعلق بامر الوقاية من الامراض السارية حقيقة . فاذا لم يكن لها الشأن ذاته في السل فما ذلك الا لأن السراية ليست الطريقة العادية في نقل هذا المرض.

هـ - اختلاف وفرة الوفيات في المساكن ذاتها

يلوح ان تأثير المنازل الحقيرة المشؤوم من الوجهة السلية امر معقول . ان هذه الفكرة متأصلة في نفوس الصحيين حتى اننا مجبرون على محاولة التحقق من عدم صحتها باتباع طرق اخرى غير التي سبقت نعني بها طريقة الشواهد ولهذا الغرض فقد سجلنا في مساكن مدينة ٤٠٠٠ حادثة وفاة بالسل مع العلم باننا حذفنا المنازل التي حدث فيها اكبر عدد من هذه الوفيات ثم تتبعنا ٤٠٠٠ حادثة تالية مدققين في المنازل التي حدث فيها اكبر عدد ممكن من الوفيات . ففي هذه الشعبة حصلنا على النتيجة نفسها وكان العدد ٤٠٠٠ وفاة بالسل . فاذا كانت للحالة الصحية المسكنية بعض القيمة في تراكم الوفيات كان من الضروري ان تكون هذه متساوية تقريباً وهذا معاكس لما هو مشاهد بالتحريات. واثباتاً لما تقدم هاكم البرهان القاطع : ان المنازل المسجلة في احدى الزمر لم تكن لها علاقة بالزمر الاخرى وعليه فالتي اعتبرت ملوثة من عام ١٩٦٠ الى ١٩٠٨ تختلف عن المشتبه بها من عام ١٩٠٩ الى ١٩١١ ومن عام ١٩١٢ الى ١٩١٤ . على انه يجب ان لا يغرب عن البال ان السكان لم يغيروا هذه المساكن ولذلك فنحن مجبرون على التصريح بان المنازل ليست هي السبب كله .

و — ليست الوفيات بالسل اكثر حدوثاً في المنازل الوضيعة

لدينا طريقة ثالثة للمراقبة فيما يتعلق بتأثير المنازل الوخيم في ترقي الداء السلي وهي طريقة صحيحة وبسيطة تقوم بفحص المنازل الاكثر وخامة ومعرفة ما اذا كان السل يحدث فيها اشد التخريبات . او بعبارة معكوسة لندقق في المنازل التي حدث فيها اكبر عدد من الوفيات ولنراجع جدول المنازل الضارة وهل هي موجودة فيها ام لا ؟ وبهذه الواسطة يمكننا ان نعرف ما اذا كانت هناك علاقة بين الوفيات بالسل ودرجة وخامة هذه المساكن . فالشق الاول من هذا الاستقصاء يقوم بمراجعة سجلات المكتب الصحي في المدينة ومعرفة المنازل الحاوية لاسوإ الشروط الصحية . ولقد وجدنا في المخططات الآتية المستحصلة من (١٢٠٠٠) حادثة وفاة بالسل من عام ١٩٠٧ الى ١٩١٤ منازل تربو على المائة حوى كل منها وفيات تتراوح بين اربع وتسع . بينما في (١٨) منزلا كانت تعد من اوخم المنازل وأرداها لم نسجل اكثر من ثلاث وفيات بالسل في ثماني سنوات .

ولا بد لنا من لفت الانظار الى ان الاشخاص الذين ماتوا في المستشفيات قد سجلوا في تحرياتنا كما لو كانوا في منازلهم وهذا ما يجعل هذه التحريات اصح . ويظهر ان ليس هناك اقل ارتباط بين وخامة المساكن والوفيات السلية وهذا ما يوافق مشاهدة (جيلره) الرجل الذي دقق مدة ٢٥ سنة مع مساعديه في هذه القضية وأبان اخفاق الجهود والتضحيات المبذولة لابطال

هذه البيوت الوضيعة في الاحياء التي حسنت فيها المنازل ولم ينقص عدد الوفيات بالسل فيها

وهنالك استقصاء اخير يقضي بفحص المنازل التي حدث فيها اكبر عدد من الوفيات بالسل بدون ان تكون اوخم من غيرها وتمييز ما اذا لم تكن داخلة ضمن نطاق المنازل التي ينقصها الكثير من الوسائل الصحية . فلجلاء هذا الامر فحصنا اربعة عشر منزلاً في السلاسل الثلاث المتقدمة المحتوي كل منها على ٤٠٠٠ وفاة فتبين ان في كل منها حدثت خمس وفيات على الرغم من ان احدها لم يكن شديد الوخامة ولكنها كانت مكتظة بالسكان . وقد كان احد هذه الابنية واقعاً على ضفة نهر السون (Saône) يشتمل على قسمين مؤلفين من ست وسبع طبقات مفصولين بفناء واسع وفيهما (١٠٤) بيوت نظيفة وافرة الضياء فيها (١١٢) نافذة مطلة على الجهة الشرقية . وبعض المنازل الاخرى كانت اقل جودة من جهة التهوية والانارة والنظافة ولكنها لم تكن سيئة جداً .

ز — المسألة المتعلقة بالشوارع الضيقة والحارات

ان جميع الابحاث السابقة خاصة بعدد الوفيات وعلاقتها بالمساكن وهي من الامور التي يحسبها المرء خاضعة لمجرد الصدفة ولكن مسألة اخرى تعترضنا هي مسألة الشوارع الضيقة والحارات التي درسها جيلره بالخاصة . فهل تختلف الوفيات بالسل تبعاً لاتساع الشوارع وضيقها ؟ وهل نلاحظ في مدينة ليون حارات معرضة لهذا المرض اكثر من غيرها ؟

لقد نهجنا لبيان هذه الاسئلة الطريقة نفسها التي اتبعناها حين بحثنا في المساكن على حدة ونعني بذلك اننا وازنا بين مشاهداتنا عن السل والمشاهدات التي استنبطت من توزيع حادثة اخرى اي الولادات في المكان نفسه والعدد ذاته . ولكي نحصل على فكرة عامة عن توزيع الحالات في كلا هذين الدرسين المقابلين استندنا الى جدولين متشابهين لمدينة ليون . احدهما خاص بالوفيات بالسل والآخر بالولادات بمجموع (٦٧٠٠) لكل قسم . ولا يختلف بعض هذه المستندات عن بعضها الآخر الا قليلاً فلسنا بحاجة الى ذكرها هنا . (للبحث صلة)

❀❀❀

الحيو ينات (الفيتامينات)

في الكيمياء الحيوية

٢

للعليم في الصيدلة والكيمياوي صلاح الدين مسعود الكواكبي

وفي العضوية الى جانب الكاروتهن (الليكوبهن $C^{40}H^{56}$) احد اقاربه الأدنين وهو فحم هدرجيني يوجد بكثرة في الطماطم ويكسبها لونها الاحمر الجميل .

صيغته تشبه صيغة الكاروتهن بوزن ذري يساوي وزنه الذري الا انه يختلف عنه بكونه من الصنف اللادوري الحقيقي ويمت بصلة من القرابة الى بيتا كاروتهن (*)

والكاروتهن الموجود في المملكة النباتية يوجد في المملكة الحيوانية ايضاً إما حراً منحلاً في بعض الدسم وإما مركباً مع مواد كيمياوية اخرى في بعض الكائنات الحية كالسرطان البحري المسمى (homard) وسرطان الماء العذب (écrevisse) . ولهذين الحيوانين وهما في حالة الحياة ذَبْل (**)

(*) للكاروتهن نوعان متماثلان (isomère) هما ألفا كاروتهن ، وبيتا كاروتهن الاول يؤثر في النور المستقطب والثاني لا يفعل فيه .

(**) الذبل بفتح فسكون جلد السلحفاة البحرية او البرية او عظام ظهر دابة بحرية تتخذ منها الامشاط كما في القاموس ونريد بها هنا ما تفيده الكلمة الافرنجية carapace

ازرق اسود يحمرّ بالطبخ لان الكاروتهن الموجود في هذا الذبل متحد
بعض الهيوليات (پروتهئيد) التي اذا ما تخثرت بالغليان انفصل الكاروتهن
بالتميه فاعاد الى الذبل المطبوخ لونه الاحمر المعروف. وكذلك اذا اطعمت
الدجاج التي تحب هذين السرطانين شيئاً من ذبلهما شوهد في بعض اعضائها
لون الذبل الاحمر الجميل مما يؤيد ان الدجاج التي يضاف الى اقواتها شيء من ذبل
سرطان الماء العذب تبيض بعد ايام قلائل بيوضاً محها احمر (لا اصفر) لتراكم
جميع الكاروتهن الذي ابتلعته ، في مح بيوضها .

هذا وعدا عن الفحوم الهدرجينية المنسوبة الى اسرتي الكاروتهن
والليكوبهن ، توجد في الحيوانات فحوم هدرجينية اخرى كالسيبناسهن او
السكالهن الموجود في كبد الاسماك البرتغالية وكبد الحوت الكلبي (requin)
وهو فحم هدرجني صيغته $C^{30}H^{50}$ امكن اصطناعه من بروم الفارنهزيل .

ومما يجدر ذكره هنا القرابة الحقيقية التي يمت اليها (السكالهن) هذا
بصلة صحيحة مع فئة من الفحوم الهدرجينية المستخلصة من النباتات (التربهنات)
كما تأيد ذلك من هدرجتها . لان السكالهن اذا سخن مع حمض النمل تهدرج
تهدرجاً تدريجياً حتى ينتهي اخيراً الى السكالهن الدوري الرباعي (teracyclo-
scalène) مما يؤيد ان السكالهن الذي يوجد في الحيوانات يتصل بنسب
صحيح الى التربهنات الموجودة في النباتات .

اما في الانسان فلقد امكن استخلاص الفحوم الهدرجينية نفسها ولم
يمكن حتى الآن اثبات وجود السكالهن فيه انما تأيد وجود الكاروتهن
وفحم هدرجيني لم ير في غير الانسان هو صباغ الدسم الانساني (adipochrome)

ذو الصيغة $C^{30}H^{64}$ وهو فحم هدرجيني لا دوري وهو الذي يجعل الدسم الانساني اصفر .

اما تكوّن هذه الفحوم الهدرجينية في الكائنات الحية فيتم من تطور السكريات او الهيوليات ببعض العوامل المؤثرة او بالخمائر (كالاختمار الحلي والاختمار الفيني) او بالجراثيم (كالجراثيم المتقلبة والعصيات المهتانية) .

وقد تتكون في جهاز بعض الحيوانات الهضمي دون وساطة الجراثيم كما هي الحال في الطائر المائي المسمى طير المطر (pétrel) الذي يقتات بالاسماك. هذا الطائر العجيب يفرز زيتاً غنياً بالفحوم الهدرجينية التي يستفرغها من فمه ويستعملها في تغذية صغاره من جهة ودفع عدوه من جهة أخرى لانه ذو رائحة مغثية ولا تزال آلية تكون هذا الفحم الهدرجيني في هذا الطائر العجيب مجهولة .

اما استعمالات هذه الفحوم الهدرجينية فنلخصها فيما يلي :

يمكن للفحوم الهدرجينية ان تكون غذاء لبعض الجراثيم كبعض المفنيات مثلاً فانها تعيش في بيئة ليس فيها غير روح النشادر كمنبع للآزوت والبارافين كمنبع للفحم .

وكذا المهتان يمكن ان يكون غذاء للعصيات المهتانية .

وقد ذكرنا آنفاً ان طير المطر يستعمل الفحوم الهدرجينية التي يستفرغها غذاء لصغاره .

ومن الفحوم الهدرجينية ما يستعمل دواء كالزيوت البترولية المستعملة في الطب ملينة او مسهلة (كالنوجول والبارافين السائل) .

واهم من هذا كله كون الفحوم الهدرجينية ينبوعاً للقدرة وذلك على صورتين : الصورة المباشرة كغذاء مولد للقــدرة العضلية والصورة ، غير المباشرة كعناصر ثانوية في تفاعلات شتى او كنبع للحيوينات ومن هنا يتجلى شأنها العظيم .

والى جانب الكاروتهن في النباتات مركبات قريبة منه تختلف عنه بوجود ذرة من الاكسجين فيها وهي اصفر الورق كما ذكرنا ($C^{40}H^{56}O^{2}$) . وفي النباتات الخضر ، جملة محولة للقدرة تفعل الى جانب الخضير وتعين على اتمام دورة الاكسدة والارجاع هي جملة اصفر الورق والكاروتهن .

فعلى هذا هناك دورة : (كاروتهن — كزانتوفيل — كلوروفيل) هي اساس الحياتين الحيوانية والنباتية على السواء بل الحياة عامة اذ يجب ألا يغرب عن البال انه لا حياة حيث لا نباتات خضر . هذا فضلا عن ان الفحوم الهدرجينية هي من مكونات العضوية الحية التي لا تستغني عنها الحيوانات في حياتها ونمائها ومنها ما هو ينبوع الحيوينات كما ظهر منذ بضع سنوات .

هذا وان الفحوم الهدرجينية الصفر يمكن ان ترى في بعض النسج المرضية فلقد لوحظ ان النسج السرطانية غنية بالدسم وكان هذا الدسم اشد صفرة من الدسم الطبيعي (كما في سرطان الثدي) وذلك لتراكم فحم هدرجيني خاص في هذه الدسم هو (صباغ الدسم الانساني) الذي مر ذكره آنفاً وهو نذير سيء لانه يصادف في النسج السرطانية الخبيثة جداً اكثر منه في النسج السرطانية الأقل خباثة ومن المظنون ان يكون هذا الصبغ هو العامل في نشاط النسج السرطانية .

وكما ان الكاروتهن عامل في النمو بواسطة الحيوين A ، كذلك يظن ان تكون الدسم الصفر هي العاملة في تكون السرطانات .

ولهذا ما له من الخطورة في علم الامراض . فمن المشاهد منذ امد بعيد ان بعض المرضى كانوا يصابون باصفرار اللحافات الجلدية ذلك الاصفرار الذي كثيراً ما كان ينحصر في ناحية خاصة من البدن ولاسيما في راحة الكف وكان يسمى باصفرار الجلد (xanthochromie cutanée) .

تشاهد هذه الاعراض في بعض الامراض خصوصاً في داء السكر (diabète) بنتيجة الحمية التي غالباً ما تكون غنية بالخضراوات ولعل عضوية المصابين بداء السكر لا تستطيع تخريب فضالة الكاروتهن الغذائي ، فيترا كم الكاروتهن في عضويتهم ويظهر بالشفوف في نواحي الجلد البيض ، كراحة اليد ، هذا عدا عن ان دسمهم ونسجهم الشحمية تكون اشد اصفراراً مما هي عليه في الحالة الطبيعية لانها تكون حينئذ مفعمة جداً بالفحوم الهدرجينية للنسج الشحمية وكثيراً ما يدعو امر هذا الاصفرار الى الخطإ في التشخيص ، حتى لقد ذكرت في امريكة سنة ١٩١٥ عدة حوادث يرقانية غير حمجية لم يكن منشأها احتباس الاصبغة الصفراوية بل كان منشأها ازدياد الكاروتهن الدموي (hypercaroténémie) ازدياداً فاحشاً بسبب حمية غذائية غنية بالكاروتهن غناء كان يفوق الحد الطبيعي .

❀❀❀

الفصل الاول

في الاعمال التي افضت الى كشف الحيوينات

لم يكن اكتشاف الحيوينات وليد الصدفة بل جاء ثمرة درس وبحث طويلين في الاغذية ، خصوصاً في البحث عن اي المواد اصلح لإدامة الحياة ونماء العضوية ، وعن اسباب امراض (الذُرة ، والحفر ، والفاقة) . وكان اشد المسائل تعقيداً ، المسألة المتعلقة بالحيوانات عامة لان الحيوانات كما هو معلوم تعيش بالمواد المتمضية المعقدة التركيب جداً كبقايا الكائنات الحية من نبات وحيوان . فكان على القائمين بالبحث والدرس ان يعلموا قبل ذلك ما هي المادة اللازمة الضرورية للحياة ولا غناء للعضوية عنها والموجودة في هذه المواد الغذائية ، ليتوصلوا بعد ذلك الى ما كانوا يتوقون .

لقد تبين بنتيجة التحليل العنصري الدقيق ان جميع النسج الحيوانية تحتوي على الاكسجين ، والفحم ، والهدرجين ، والآزوت ، والكبريت ، والفصفور والكلور ، والفلوأور ، والصوديوم ، والبوتاسيوم ، والكلسيوم ، والمغنزيوم والحديد ، بالنسب الآتية :

العنصر	النسبة	العنصر	النسبة
الاكسجين	٦٢,٨١	الصوديوم	٠,٢٦
الفحم	١٩,٣٧	البوتاسيوم	٠,٢٢
الهدرجين	٩,٣١	الكلور	٠,١٨
الآزوت	٥,١٤	المانيزيوم	٠,٠٤
الكلسيوم	١,٣٨	الفلوؤور	٠,٠٠٧
الكبريت	٠,٦٤	الحديد	٠,٠٠٥
الفصفور	٠,٦٣		

فالماء والمواد المعدنية ($(PO^4)^2 C^3a, ClNa$ مثلاً) هي من المركبات الضرورية البسيطة بالنسبة لغيرها ، والجزء الاكبر من الاغذية هو من المواد التي تسمى بالمواد العضوية تلك المركبات المغلقة التركيب منها الثلاثية العناصر المؤلفة من الفحم والهدرجين والاكسجين فقط (كالسكريات والنشويات والشحميات) ، ومنها الرباعية والخماسية المؤلفة من الفحم والهدرجين والاكسجين والآزوت والكبريت واحياناً الفصفور وهي اكثر تعقيداً من الاولى (كالهيوليات او المواد الآحينية) وقد جعلت هذه العناصر في صنفين: الصنف الاول العناصر المهيكلة(plastiques)وهي التي تقوم بتكوين هيكل العضوية الحية مع وظائف اخرى معينة وتسهل معايرتها بطرق التحليل ، والصنف الثاني العناصر الوسيطة (catalytiques)وهي التي لا توجد في العضوية الا بمقدار يسير جداً (*)

فهل هذا التنوع الذري لازم ضروري للعضوية الحيوانية لزوماً مبرماً ام يمكن لهذه العضوية ان تغتذي بمواد تحاكيها بالتركيب العنصري نفسه وتمتاز منها ببساطة بنيتها الكيمياوية ؟ ولا يخفى من جهة اخرى ان بين الاجسام البسيطة كالاكسجين والهدرجين والآزوت والفحم والكبريت والفصفور (التي لا يستفاد من بينها الا من الاكسجين فقط) وبين السكريات والنشويات والشحميات والهيوليات (التي يمكن الاستفادة منها) مركبات وسطى .

(*) لذلك سماها الاستاذ برتران بالمتناهية في الصغر الكيمياوية infiniment petits chimiques

فما طبيعة هذه الاجسام الاكثر بساطة من النشويات والشحميات والهيوليات ، التي يمكن ان تؤلف الاركان اللازمة الضرورية حقيقةً لادامة الحياة والتي توجد في المواد الغذائية ؟

هذا ما وضعه الاحيائيون على بساط البحث وهو كما ترى سؤال جلل ليس بالهين حله . ولكن همة العلماء الافذاذ لم تقف عند هذه العثرة الاولى ولم تخر عزائمهم امام هذه العقبة بل ما زالوا حتى اقتحموا الصعاب وذللوا العقبات وتوصلوا الى الغاية التي استهدفوها . فلقد تبين لهم بنتيجة التحليلات الكيمياوية العديدة التي قاموا بها :

ان السكريات تنتج	٤,٢٣	سعراً من الحرارة
وان الشحميات —	٩,٤٠	—
وان الهيوليات —	٣,٦٨	—

وان الاغذية المتناولة لا تحترق كلها في العضوية ولا تنتج جميع الحرارة المدخرة فيها بل يبقى منها في الامعاء مقدار كما هو لا يطرأ عليه ادنى تحلل ويطرح مع البراز ، وان نسبة الفضلات تختلف باختلاف الغذاء وصحة الشخص الذي تناوله . فلحساب مقدار الحرارة الحقيقية التي يمكن للعضوية البشرية ان تستفيد منها فعلاً وضعوا الامثال العملية الآتية بعد تجارب طويلة :

لاجل غرام واحد	من	السكريات	٣,٨٨
—	—	الشحميات	٨,٦٥
—	—	الهيوليات	٣,٦٨

(للبحث صلة)

كتب جديدة

الجزء الثاني من كتاب فن الغرائز

وضعه الاستاذ احمد منيف بك العائدي واشترك في تأليفه الدكتور احمد بك الطباع فبحثا فيه عن الاغذية والهضم والدم عدد صفحاته ٦٥٦ مزين بـ ٣٢ رسماً .

طبع الكتاب وترتيبه : رتبت ابحاث الكتاب احسن ترتيب وقد طبع على ورق صقيل وعني في طبعه كغيره من الكتب التي تطبع في مطبعة الجامعة . لغة الكتاب صحيحة وفصيحة والجمل مرتبطة وسلسة . ولا شك ان المؤلفين قد اضطرا الى تذليل عقبات كثيرة للوصول الى اظهاره بحلة قشيبة وبلغة صحيحة لان اكثر ابحاث هذا العلم حديثة .

ويدعو ذلك المؤلفين الى بذل جهود كبيرة لايجاد مصطلحات عربية تناسب الكلمات الاجنبية . وقد وفق المؤلفان في هذه الناحية فانتقيا احسن المصطلحات وافصح الكلمات . ومما لا ريب فيه انه ليس من السهل وضع مصطلحات لا تقبل الجدل لان باب اللغة واسع ولأن لكل كلمة معاني كثيرة ولها مترادفات عديدة وقد تدل الكلمة على الشيء وضده . وهذا ما يؤدي الى ترك هذا الباب مفتوحاً دون ايصاده حتى تصح عزيمة المجمع اللغوي

الملكي على اصدار موسوعة كبرى يشترك في وضعها عدد كبير من العلماء الاعلام واللغويين الافذاذ . وان لا يبقى بحث اللغة العلمية وقفاً على اللغويين دون مشاركة العلماء لهم ولا سيما ان بين العلماء من حملوا اليراع وتعمقوا في فقه اللغة وعانقوا العلم بالأدب واوثقوا الرباط بينهما .

مادة الكتاب : غزيرة وابحاثه شيقة احاطت بكل ما هو حديث وقد جاء بحث الحيوينات كاملاً من جميع الوجوه وقد اطلق عليها المؤلفان اسم المحرضات فاحسنا انتقاء هذه الكلمة اذ لا يخفى ان هذه العناصر تحرض على قيام الجسم بكثير من اعماله الحيوية وهذا ما دعا بعض المؤلفين الى تشبيهها بالحاثات (هورمون ، رسل ، اتوار) فكما ان مفرزات الغدد الصم حاثات حيوانية فان الحيوينات حاثات او محرضات نباتية .

وقد جاء بحث الدم كاملاً من جميع نواحيه خاصة بحث نقل الدم الذي استقاه المؤلفان من اصدق المصادر واحدثها .

مآخذ الكتاب : اعتمد المؤلفان على الكتب العربية التي اصدرها اساتذة المعهد الطبي والتي لبعض ابحاثها صلة بعلم الغريزة اذ لا يخفى ان العلوم الطبية تشبه حلقة لا يعرف اولها من آخرها ونقلا عن احدث الكتب الغربية التي وضعت في هذا العلم .

هذا واننا نقدر جهود المؤلفين الكريمين واقدامهما لان وضع الكتب في العلوم المخبرية عمل شاق لا يلقى التشجيع الكافي فلا الطلاب يظهرون رغبة كبيرة في اقتناء الكتب بل يعقدون الآمال على كتب الامراض والمداواة ظناً منهم انها محور رحى عملهم ويستفيدون من الرجوع اليها كلما اغمض

عليهم تشخيص او التبست عليهم طريقة معالجة ولا الاطباء يميزونها ما تستحق من التقدير لانهم اصبحوا سرريين فيخيل اليهم انهم في غنى عنها. عرف المؤلفان ولا شك هذه الحقيقة المرة وشعرا بها وقد أقدما مع ذلك على التأليف فكان من الواجب ان يقوم نفر ويقدر عملهما العلمي الثقافي وخدمتهما لخزانة الكتب العربية بضم هذا المؤلف العربي النفيس اليها وفقهما الله

شوكت موفق الشطي

❀❀❀

الجزء ٣ المجلد ١٢

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٧ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٦ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا ٨ حزيران سنة ١٩٣٧

١ً – قرىء كتاب من العليم دوزوتو يقدم به استقالته من الجمعية بمناسبة سفره نهائياً من سورية ويتمنى به للجمعية كل ازدهار وتقدم

٢ً – تلي محضر الجلسة السابقة وصودق عليه

٣ً – قرئت التقارير العلمية التالية

أ – حادث داء المتمورات القصبي، للعليم حسني سبح: مريض عمره ثلاثون سنة اصيب بسعال ونفث قيحي فيه بعض الخيوط الدموية وحمى متموجة حتى ان مرضه التبس بالسل غير ان الفحص الشعاعي ومعاينة النفث الجرثومية نفيا هذا الداء كما ان احتقان كبده وازدياد وحيدات النواة في دمه وجها الانظار الى الزحار على الرغم من غيبة المتمورة في برازه وقشاعاته فعولج بحقن الامتين الوريدية ستة سنتغرامات في اليوم خمسة ايام متتابعة واعيدت السلسلة مرة اخرى بعد فترة ثلاثة ايام فشفي المريض شفاء تاماً .

المناقشة : العلماء ترابو ، شطي ، سبح ، سوليه

ب — حادث انفتال السين الحرقفي ، للعليمين ماتر روبار وتيابو: مريض دخل مستشفى فاريزيه في دمشق مصاباً باعراض انسداد الامعاء الحاد وقد بدت هذه الاعراض بحسب افادته منذ اربع وعشرين ساعة فقط وكانت حالته العامة سيئة حين دخوله واطرافه باردة ففتح بطنه وتبين ان سينه الحرقفي كان منفتلاً ففك الانفتال وشقت الحفرة الحرقفية اليسرى واخرجت العروة السينية المتسعة وثبتت بالجدار غير ان المريض لفظ انفاسه الاخيرة في نهاية العمل الجراحي .

المناقشة : العليمان مرشد خاطر وماتر روبار

ج — هذيان مراقي حاد مع اهلاس حسية مشتركة وعرض كوتار ناتج عن انحباس قطعة معدنية صغيرة في الحلق ، للعليم اسعد الحكيم : مريضة عمرها ٣٥ سنة اصيبت بصداع شقيقي وكان في جيبها الفكي ظل خفيف وفي جذور اربعة من اضراسها العلوية اورام حبيبية بدت بالرسم الشعاعي وكانت المريضة مصابة بأرق وسعال تشنجي وطعم معدني في الفم وهذيان واهلاس (halluci - nations) وبينما كانت تسعل يوماً واذا بها تقذف بقطعة معدنية من فمها فتحسنت حالتها بعد ذلك تحسناً محسوساً

المناقشة : العليمان ترابو واسعد الحكيم

د — بحث تشريحي مرضي في حادثة تناذر لثورجه ، للعلماء ترابو وشوكت الشطي وجمال الدين الفحام: هو درس تشريحي لجثة مريض قدمت مشاهدته منذ جلستين للجمعية الطبية الجراحية وقد اثارت جدالاً عنيفاً وقتئذ ووعد

مقدموها انهم سيأتون بتشريح الجثة المرضي المجهري والمرئي في جلسة مقبلة وقد ابروا بوعدهم في هذه الجلسة .

المناقشة : العليمان حسني سبح وترابو

ه — اكياس مائية بطنية، للعليمين ماتر روبار وتيابو : مريض عمره ثلاثون سنة من الجبل الدرزي تبين من معاينته ان في مراقه اليسرى ورماً مستبطناً للصفاق بحجم رأس الطفل متحركاً حتى ان دفعه الى يمين الخط المتوسط مستطاع ومرتعشاً بالقرع ارتعاشاً واضحاً ، وان في مراقه اليمنى ورماً آخر ثابتاً متصلاً خرسه بخرس الكبد وليس مرتعشاً كذلك . وكان تفاعل كازوني سلبياً ومحبات الحامض في الدم ستاً فقط فاتجه التشخيص نحو كيس مائي مستبطن لرباط القولون في اليسار وكيس مائي كبدي في اليمين وقد اثبتت العملية هذا التشخيص فان كيس الكبد لم يستطع استئصاله بل شق وافرغ ووخف (marsupialisé) وكانت فيه اكياس ابناء واما كيس الرباط فقد استؤصل بتمامه بدون ان ينبثق وشقه العليم ماتر روبار بحضور الاعضاء فاذا فيه سائل صاف كماء الينبوع واكياس ابناء . والمفيد في هذه المشاهدة هو استخراج الكيس المائي برمته .

٤ – اطلع الرئيس سوليه الاعضاء على حقيقة وباء الطاعون الرئوي في الجزيرة وان الاصابات به كانت ١٢ والوفيات كذلك اي انه لم يسلم مريض واحد من المصابين . ثم ختمت الجلسة

مرشد خاطر

❀❀❀

١ ـ حادث داء المتمورات القصبي

Un cas d' amibiase bronchique

للعليم حسني سبح

استشارنا المدعو ح . من قصبة دوما لسعال مستعص مع نفاثة مدماة وناخس وآلام في الكتف اليمنى. وهو شاب في العقد الثالث حسن البنية غير ان في وجهه شحوباً وتترباً . ليس في سوابقه ما يستدعي الانتباه سوى اصابته بالبرداء منذ بضع سنين خلت ، ونوب اسهال زالت بلا دواء خاص .

بدأ مرضه الحالي منذ ستة اسابيع بقشعريرة وارتفاع الحرارة وألم في جانب الصدر الايمن ، وسعال ونفث مخاطي قيحي يشوبه بعض من خيوط الدم. فاستشار احد الاطباء بعد بضعة ايام من بدء الاعراض المذكورة ، وكان تشخيص الطبيب البرداء فحقنه باربع حقن من الكينين فلم يكن لها اقل تأثير في الاضطرابات المذكورة ولا في مخطط الحرارة ، واستشار طبيباً آخر بعد قليل ، فذهب هذا الى اصابته بالسل الرئوي فاشار عليه بالاطعمة المغذية ، ووصف له زيت كبد الحوت مع برشان مسكن للسعال .

وراجعنا المريض بعدئذ خائفاً من تشخيص الطبيب الاخير وقد قام بما اوصاه به . وكان يشتكي في ذاك الحين الحمى التي كانت تتبدل درجتها من ٣٧،٥ — ٣٨،٥ وآلاماً في جانب الصدر الايمن وفي الناحية المنكبية خاصة ، وسعالاً مزعجاً مع قشع مخاطي قيحي مدمى . وكشف فحص الجهاز

التنفسي خراخر مخاطية قصبية مبعثرة في الرئتين ولم يكشف اية علامة دالة على تكثف نسيج الرئة ولا على اي استقرار فيها ، ولم يبدُ في الجهاز الدوراني ما يستدعي الانتباه فدقات القلب منتظمة والنبض ٩٠ في الدقيقة والضغط الشرياني ١٢ـ ٨ بجهاز فاكز . وكانت الكبد تتجاوز الاضلاع الكاذبة زهاء اصبعين وجسها مؤلم والطحال مقروع .

وأبان الفحص الشعاعي الغصون القصبية بجلاء مع الظل السري وارتفاع نصف الحجاب الايمن ولم يبدُ فيه اي ظل غير طبيعي ، وكان الجيبان الضلعيان الحجابيان طبيعيين ، ولم تكشف عصية كوخ بالنفاثة مع انها فحصت عدة مرات ولم يكشف الفحص البسيط ايضاً اي اثر للمتمورة ولا للمتمعجة .

وابدى عدُّ الكريات ١٢٠٠٠ من الكريات البيض في الميلمتر المكعب وكانت صيغتها كما يلي : ٤٧ كثيرات النوى ، ١٩ وحيدات النواة و ٣٤ لنفاوية . ولم يكشف اي اثر للسكر ولا للآحين في البول ، ومقدار البولة الدموية ٠,٣٠ ، ارتكاس واسرمان في الدم سلبي ، ولم تلاحظ المتمورة ولا سواها من الطفيليات في البراز .

والخلاصة يبدي مريضنا التهاباً قصبياً منتشراً مع نفث دموي وآلام صدرية وحمى معتدلة واحتقان في الكبد ، وان سلبية البحث عن المتمورة الزحارية في النفث والبراز لم تمنعنا عن ان نفكر في داء المتمورة القصبي بسبب العلامات الوظيفية البادية في العليل واحتقان الكبد والصيغة الدموية وفقد اي سبب آخر بامكانه احداث التناذر المذكور . ولهذا

عالجنا مريضنا بحقن وريده بالامتين بقصد التجربة (٠،٠٦ في اليوم خمسة ايام متتابعة) فكانت النتيجة كما يلي :

ان الحرارة التي صعدت حتى ٣٩ قبل يومين ابتدأت تهبط تدريجياً منذ الحقنة الاولى ، واصبحت طبيعية بعد اربعة ايام وظلت كذلك بعدها . وخف السعال والنفث تدريجياً مع الخراخر القصبية التي ترافقه ، واستعادت الكبد حجمها الطبيعي ، وشعر العليل بتحسن بيّن ، وبعد فترة ثلاثة ايام اعيدت سلسلة اخرى من الامتين فشفي المريض شفاء تاماً .

فيحق لنا بعد ان بدت فائدة الامتين النوعية في هذه المشاهدة ان نؤكد ان مريضنا كان مصاباً بالتهاب القصبات المتموري ، مع فقد العامل الممرض من القشع والبراز . ويعود الفضل الى باتيزا تاكيس الذي اورد المشاهدة الاولى عن هذا الاستقرار المتموري ، وقدمها الى الجمعية الطبية لمستشفيات باريز سنة ١٩٢٣ ، بعد ما لاحظ تأثير الامتين الحسن في سير التهابات القصبات البادية في المصابين بالزحار وتعددت المشاهدات في مصر والهند الصينية وغيرها من البلاد الحارة . واني اقر بانى لم اشاهد هذا الاستقرار في دمشق على الرغم من تفشي الزحار في بلادنا تفشياً يجعله قرأة فيها ، حتى ان في كتابي امراض جهاز التنفس الماثل للطبع قد اتيت بهذا الاقرار نفسه . أفشاهدتي هذه هي الاولى من نوعها ، ام ان الزملاء الافاضل شاهدوا سواها في سورية ؟

المناقشة ـ الحكيم ترابو : قد كتب و ذكر مرات عديدة ان الامتين وحده ليس كافياً لاثبات طبيعة الداء . بل يجب كما ذكر دوبتر كشف المتمورة في

القشاعة او حقن سرم الهرة بها واحداث الزحار المتموري فيها لاثبات طبيعة ذات القصبات المتمورية ومع ذلك فانني اقرّ بداء المتمورات القصبي والرئوي الذي اثبتته مشاهدات باتزاتكيس الى جمعية المستشفيات الطبية في باريس. وان الاطباء لعلى حق باستعمال الامتين في ذات القصبات وفي خراجات الرئة التي تستعصي على المعالجات الدوائية ولا يعرف سببها الحقيقي وقد يعجب الطبيب اذ يرى فائدة هذا العلاج الغريبة ويتحقق ان مريضه قد شفي بسرعة ولم يكن من امل بشفائه. فاستعمال الامتين في البلدان الموبؤة بالزحار واجب في الحالات المشتبه بها.

العليم شوكة الشطي: انني صادفت في ممارستي الطبية بعضاً من حادثات ذات القصبات او تقيحات الرئة افاد فيها الامتين ومركبات الزرنيخ اجل فائدة ولم تكن طبيعتها زحارية.

العليم حسني سبح: كان مريضي مصاباً بالتهاب القصبات وازدياد وحيدات النواة الدموية واما التقيحات الرئوية فتمتاز عادة بازدياد كثيرات النوى فذات القصبات وازدياد وحيدات النوى تحسنا بالامتين واني اعتقد ان الامتين كان علاجاً نوعياً في الحادثة التي اوردتها.

العليم سوليه: اني على الرغم من كل هذا لا ازال شاكاً في طبيعة ذات القصبات هذه وكان الاحرى بالزميل سبح ان يسمي مشاهدته «حادث ذات قصبات شفي بالامتين».

❀❀❀

٢ ـ حادثة انفتال السين الحرقفي

للعليمين ماتر روبار وتيابو

ترجمها العليم مرشد خاطر

دخل احد الرماة السنغاليين في ليل ٢٣ ايار سنة ١٩٣٧ مستشفى فاربيزيه بدمشق مصاباً باعراض انسداد الامعاء الحاد

ولم تستنتج من الاستجواب معلومات تذكر عن سير مرضه لان المريض لم يراقب نفسه مراقبة دقيقة ولم يعر العلامات البدئية التي ظهرت فيه منذ صباح ذلك اليوم نفسه فقط بحسب افادته ما تستحقه من القيمة . غير انه بعد ان رأى ألمه ملازماً لا يتبدل وحالته العامة سائرة من سيء الى اسوأ استشار طبيبه فارسله الى المستشفى .

كانت حالته ساعة دخوله سيئة جداً. نبضه سريع لا يكاد يجس ، ضغطه الشرياني منخفض ، اطرافه باردة ، آلام بطنه ، التي لم يكن يقرها في مكان معين بل كانت منتشرة فيه ، مبرحة ، زلته شديدة ، اضطرابه عظيم ، بطنه شديد التوتر وغير متطبل لقوة عضلات جداره ، الحركات الاستدارية غير مرتسمة تحت الجدار ، جس البطن مؤلم ولم يستطع به اقرار الآفة .

وقد فكرنا في رسم القولون الشعاعي أملًا بمعرفة مقر الآفة غير ان سوء حالة المريض العامة حالت دون هذه الفحوص التي يستغنى عنها في مثل هذه الاحوال السيئة

اسعف المريض بالتدفئة ومقويات القلب فلم تحسن حالته الا بعض التحسن

العملية : تخدير عام وخفيف بالايثر، فتح البطن على الخط المتوسط وتحت السرة ثم مدد الشق الى ما فوقها بعدئذ ، فظهرت العرى المعوية الدقيقة سليمة المنظر وبعد ان ادخلت اليد في المراق اليسرى شعرت بالسين الحرقفي المتوتر المتسع فاستخرجته واذا بجدرانه رقيقة جداً ومتأذية ومتكدمة ولونها سنجابي .

ففك الانفتال وخيل ان حالة المريض تحسنت قليلًا بعد فكه فان النبض خف اسراعه وقويت نبضاته وكانت الضرورة تقضي بالاسراع فاجري شقٌ حرقفي ايسر اخرجت منه العروة وثبتت فيه كمدفعي البندقية . ثم اغلق شق البطن المتوسط طبقة واحدة

غير ان المريض ادركه النزاع حينئذٍ ولفظ انفاسه الاخيرة بينما كان جرحه يضمد.

المناقشة

الحكيم مرشد خاطر : ان في هذه المشاهدة امراً غريباً وهو سرعة الاعراض فان انسدادات الامعاء السفلى لا تؤذي الحالة العامة ذلك الاذى السريع خلافاً للانسدادات العليا وقد شاهدنا عدداً من انفتالات السين كانت قد مرت على بعض منها سبعة ايام ولم تتأذ الحالة العامة فيها بل نجا المرضى بعد التوسط الجراحي ، افلا يظن الزميل ماتر روبار ان مريضه قد اصيب بالانفتال منذ بضعة ايام وأن المه كان متقطعاً فاحتمله في البدء ثم انه بعد ان اصبح ملازماً ومبرحاً منذ صباح ذلك اليوم الذي دخل فيه المستشفى حينئذٍ

فقط استشار طبيبه ناسياً آلامه السابقة .

العليم ماتر روبار : هذا ممكن فقد قلت ان المريض لم يراقب نفسه مراقبة دقيقة وقد شككت بدوري في هذه السرعة فرغبت في ان اقف على تاريخ بدء الآلام في المريض فلم استطع الى ذلك سبيلاً

العليم مرشد خاطر : ألم تجد في جوف الصفاق سائلاً وكم كانت كميته وهل كان نتن الرائحة . وألم تجد انثقاباً في العروة ؟

العليم ماتر روبار : كان في البطن مقدار قليل من السائل وفيه بعض لنتن ولم اجد انثقاباً في العروة .

❀❀❀

٣ ــ هذيان مراقي حاد مع اهلاس

جسبية مشتركة وعرض كوتار ناتج عن انحباس قطعة معدنية صغيرة في الحلق

للعليم اسعد الحكيم

السيدة ف . ق . من دمشق عمرها ٣٥ سنة . لم تحمل . نحيفة البنية . عصبية المزاج . استطبتني في ١٦ آب سنة ٩٣٦ لصداع مستمر شقيقي في الجهة اليسرى. اعتراها منذ ثلاثة اشهر ولم تنجع فيه المعالجة. ولدى الفحص وجدت الجس في ناحية الجيب الفكي الايسر مؤلماً فطلبت اليها تصوير الفك العلوي الايسر ومراجعة احد اطباء الاسنان . فظهر من الصورة الاشعاعية وتقرير

طبيب الاسنان المداوي ان في الجيب الفكي ظلّاً خفيفاً واوراماً حبيبية في جذر اربعة من الاضراس العلوية اليسرى وهي مغلفة حديثاً بالذهب . فأشرت عليها بخلعها . فذهبت ولم تعد اليّ . ثم في ١٢ تشرين الاول سنة ١٩٣٦ رجعت الي واعلمتني انها لم تخلع اضراسها انما اكتفى الطبيب المداوي بنزع الذهب عنها ومعالجتها وان صداعها خف كثيراً . غير انه عاودها منذ عشرة ايام اشد من ذي قبل مع قلق وضجر وارق وسعال تشنجي وطعم معدني في فمها . وانها اصبحت سيئة الخلق في بيتها منعزلة عن الناس . ولدى الفحص وجد الجس مؤلماً في ناحية الجيب الفكي وشوهد احمرار في اغشية الحلق مع ضخامة اللوزتين ولم يشاهد في سائر اعضائها واجهزتها علة . فأشرت عليها بخلع اضراسها . ففعلت . غير ان العلامات المرضية لم تخمد بل ازدادت وتضاعفت بافكار مراقية واهلاس (hallucinations) حسية مشتركة . فهي تشعر بان غشاء فمها ومعدتها بدأ يتساقط ويخرج مع البصاق بشكل (بشارة بحسب تعبيرها) وان كل ما تتناوله من طعام وشراب فيه صدأ . وهي تحاول القيء مرات في اليوم ولا تبتلع لعابها بل تقذف به في منديلها . ثم ازداد بها الحال فاخذت تمتنع عن الطعام وبدأ معها هذيان مراقي تظلمي و بعض علامات تناذر كوتار فان اهلها يبغون تعذيبها . هم يدسون لها السم المعدني بالطعام . ان معدتها قد تناثرت . ليس لها معدة . ليس لها معى . لا حاجة لها بالطعام . ستبقى كذلك الى الابد .

استمرت حالتها هذه نحواً من شهرين ساءت خلالها صحتها وهزلت رغم كل معالجة . الى ان صادف انها بينما كانت تسعل وتتنخع بشدة قذفت على

منديلها مع نثرات لعابها قطعة معدنية هي التي ترونها الآن . فاحتفظ بهـا ذووها واطلعوني عليها في الحال فاستبشرت خيراً منها . خلافاً للمريضة فانها جعلت منها باعثاً لفكرة هذيانية جديدة هي ان حنجرتها تحولت الى معدن مما زاد في سوء حالتها . ولكن لم يمضِ اسبوع على قذف هذه القطعة حتى بدأ الذوق المعدني يزول وبدأت تقتنع بان هذه القطعة هي ملغم من حشوة احد اضراسها سقطت عرضاً في فمها وانها كانت عالقة في احد فجاج حلقها واخذت تأكل وتحسن صحتها وبدأ هذيانها يتبدد تدريجاً الى ان زال تماماً في مدة شهر من قذف هذه القطعة ، وقد شاهدتها في الاسبوع الماضي بحالة الاعتدال النفساني التام .

تفيدنا هذه المشاهدة ان من الانفسة والهذيانات مـا ينشأ عن إثارة ميكانيكية او كيماوية موضعية لا سيما عند المصوبين . يزول بزوالها ويزمن اذا لم يساعد الحظ على اكتشافها . وان تناذر كوتار لا يكون دائماً دالاً على الوخامة والازمان .

المناقشة — العليم ترابو : انني اسأل العليم اسعد الحكيم ان يعين لي بدقة سوابق هذه المريضة النفسية ذلك لان تناذر كوتار لا يصادف في الهرع (hystérie) وانني اظن ان هذه المريضة كانت قبل ابتلاعهـا لذلك الجسم الغريب المعدني مصابة بداء المراق (hypocondrie) وذات استعداد لداء السوداء (mélancolie) ولست مقتنعاً ايضاً بشفاء هذه المريضة الثابت ذلك لان تناذر كوتار قد صودف فيها .

العليم اسعد الحكيم : انني اعلم ان تناذر كوتار نادر ان لم اقل مفقود في

الهرع . فهو يصادف في داء المراق والشلل العام والعته الباكر حيث يكون دليلاً على ازمان المرض وخطر الانذار غير انه كان في حادثتنا مخالفاً لعادته

❀❀❀

٤ ـ بحث تشريحي مرضي في تناذر لئوبرجه

للعلماء ترابو ، وشوكت الشطي وجمال الدين الفحام

تذكرون ايها السادة حادث تناذر لئوبرجه الذي قدمه احدنا الى جمعيتكم الموقرة منذ عهد قريب. ذلك الحادث الذي اصطحب بداء هودغسون وبورم كبير مستقر في اعماق الحوض . كانت هذه المشاهدة داعية الى نقاش شديد وفي ذلك ما يدل على فائدتها وجدارتها بالبحث . وبما اننا قد انهينا فحوص القطع التشريحية المأخوذة من المتوفى جئنا بهذا البحث نوافيكم فيه بالنتائج التي حصلنا عليها .

الفحص التشريحي :

القلب ضخم يزن ٦٧٥ غراماً فوهتا قسمه الايسر محكمتا الانغلاق اما فوهة الشريان الرئوي والفوهة الاذينية البطينية اليمنى فمتسعتان ولذلك كان اختبار الماء فيهما ايجابياً ويشاهد في وسط المصاريع الوتينية السينية تنبتات ليفينية وتصادف في المصاريع الاذينية البطينية اليمنى واليسرى اندخالات قاسية .

العروق الوتين غير متسع، في الشريان الرئوي بعض اندخالات قاسية ، الشرايين (العضدي والزندي والكعبري) قاسية في الطرفين ، تفرقع بضغط الاصابع ، فيها اندخالات كلسية ، حجومها لم تتبدل ، لمعاتها ما زالت مفتوحة ولكنها ضيقة ، الاوردة المرافقة للشرايين المذكورة صلبة .

شرايين الطرفين السفليين : الشريانان الفخذيان متكلسان منذ نشأتهما في مثلث سكاربا حتى آخرهما . وتبدو في الشريان الايمن خثرة كاملة تصادف في الثلث العلوي من الفخذ وتشاهد في الشريان القصبي خثرة تسده حتى قسم القصبة العلوي سداً كاملاً . اما اوردة الطرفين السفليين المرافقة للشرايين فانها قاسية لدى الجس والقطع ، لماتها ولكنها ضيقة .

الرئتان — ليس فيهما عدا الركود الدموي ما يستحق الذكر

المعدة والامعاء طبيعية ، الكبد ضخمة ولكن شكلها الخارجي وقوامها طبيعيان ، المشكلة قاسية يشعر بصلابتها حين جسها او قطعها بالسكين .

الكليتان : تزن كل منهما ٢١٥ غراماً ، تقشيرهما سهل الا في بعض الانحاء الصغيرة حيث تبدو المحفظة الليفية ملتصقة بالملحمة . لا يدل مظهر مقطعهما على آفة.

الورم الحوضي : ورم كروي يعادل قطره القطر الكبير في رأس جنين اي ١٥ سنتمتراً تقريباً وهو مدفون بين المساريقا والصفاق يلتصق بهما في اماكن عديدة . ويلتصق ايضاً بالقسم السفلي من الوتين البطني وبالوريد الاجوف السفلي خاصة في ناحية تفرعهما. ويتضح من مقطع الورم ان جداره غليظ يبلغ سبعة سنتمترات وان علقة دموية كبيرة الحجم تشغل جوفه اما

الجدار فاحمر في بعض الارجاء وقاسٍ صدفي في الارجاء الاخرى

الفحص النسيجي :

الشرايين : الزنديان والكعبريان وغيرهما من الشرايين المحيطية ما زالت مفتوحة اللمعات غير ان حدودها غير منتظمة ومموجة وذلك بسبب ضخامة باطن الشرايين ونتوءه في بعض اقسام اللمعة ، المحددة الباطنة مضمحلة الا في بعض قواعد التنبتات الباطنة ، في باطن اكثر الشرايين المحيطية استحالة زجاجية فيها خلايا كروية تجعلها شبيهة بالنسيج الغضروفي الزجاجي الآخذ بالتعظم وقد طرد القطع بعض محتوياتها فجعلها افضية جوفاً . ان حادث تعظم الشرايين هذا نادر لم يصفه الا رونه ماري

القميص المتوسط : تكاثر فيه النسيج الليفي فحل محل النسيج العضلي وضمّره وقد استولت الزجاجية على بعض اقسامه فجزئتها

القميص الخارجي : عروق العروق فيه متكثفة ومتليفة . لمعاتها ضيقة ان ان هذه الآفات تكاد تكون متشابهة في جميع الشرايين المحيطية

اما الاوردة المرافقة فهي متكثفة الجدران متليفة لمعاتها نفوذة ولكنها ضيقة .

الطحال : في بعض اقسام لبه انسكابات دموية ، شريينات اجسامه الملبغية متليفة الجدران ، لمعاتها نفوذة ولكنها ضيقة

الكبد : فيها علامات التهاب ملحمي ، محتقنة وفي بعض اجزائها عقيدات اتنانية وارتشاحات من كريات بيض

المشكلة : في عروقها تصلبات ليفية كما في عروق الطحال

الكليتان : في عروقهما ايضاً آفات كالآفات التي رأيناها في الطحال والمشكلة

الودم : جداره مركب من تطابق طبقات ليفينية تحبس بين اجزائها بعض عناصر الدم المصورة

تلك هي الآفات التشريحية والنسيجية التي رأيناها فالودم ودم دموي لا شك فيه على اننا لم نستطع كشف نقطة الاتصال بينه وبين الوتين البطني او فروعه الحوضية . ولم تثبت اصابة مريضنا بالافرنجي لان سوابقه والفحص المصلي قد نفيا ذلك . كما اننا لم نشاهد في الجثة آفات افرنجية ثابتة كالصموغ وما شاكلها على اننا لا تنكر ان الافرنجي قد يحدث التهابات ثابتة وسادة في الشرايين. ان انتشار آفات العروق في الجمل المحيطية وفي اكثر الاعضاء الحشوية وانسداد الطرفين السفليين بالخثرات لمما يناسب التناذر السريري الناتج عن التهاب العروق الخثري الساد

اما صفائح الاستحالة الزجاجية التي تكتنف بعض الخلايا الكروية التي شوهدت في اكثر اقسام الجدر الشريانية فانها تذكرنا بحادثة التعظم وتجعل مشاهدتنا هذه حادثة طريفة نادرة لم يأت على ذكرها المؤلفون في كتبهم الدرسية وربما كان رونبه ماري العالم الوحيد الذي اتى على ذكرها ،

اما تصنيف هذا التناذر فاننا لا نستطيع حشره في زمرة معينة

المناقشة — العليم حسني سبح : ان تحقق ام الدم بالفحص التشريحي المرضي وتناذر هوغسون بالمعاينة السريرية يثبتان ما ذهبت اليه على الرغم من خلو سوابق المريض من الداء الافرنجي وسلبية ارتكاس واسرمان فيه

واعني بذلك ان المريض كان مصاباً بالتهاب العروق الخثوي الساد الافرنجي اضف الى ذلك ان تناذر لثوبرجه تناذر فتوي والمريض المحكي في عقده الخامس .

العليم ترابو : ان من يقول تناذر يقول مجموعة اعراض يستطاع حدوثها باسباب مختلفة ولست انكر ان الداء الافرنجي هو احد هذه الاسباب فان ام الدم وتناذر هودغسون قد يكونان تظاهرات لداء افرنجي كامن مجهول لم يكشفه المخبر ولكن ما من ينكر ان تناذر لثوبرجه قد وصف في مرضى غير افرنجيين كما ان هذا التناذر قد يحدث في بيئة افرنجية ولا يكون الداء الافرنجي سببه المقصود . والمعاينة المجهرية في حادثتنا قد نفت الداء الافرنجي المجهري اضف الى ذلك ان الشرايين المتوسطة القطر قد بدت فيها تبدلات غضروفية والداء الافرنجي لا يحدث مثل هذه اما السن فليست على ما اعتقد سبباً كافياً لنفي مرض والسريريات تقدم لنا في كل يوم مشاهدات مؤيدة لما اقول. ولعل لثوبرجه نفسه لو صادف حادثات كحادثتنا هذه لكان عرف ان ليس هناك داء يسمى داء لثوبرجه بل تناذراً تحدثه اسباب مختلفة .

❀❀❀

٥ ـــ اكياس بطن مائية

للعليمين ماتر روبار وتيابو

ترجمها العليم مرشد خاطر

ان المدعو.ف . وعمره ثلاثون سنة لم يغادر قط الجبل الدرزي مسقط رأسه وكان يتمتع كل هذه المدة بصحة حسنة غير انه منذ زمن قصير لاحظ ان بطنه يزداد حجماً فاستشار طبيباً فارسله الى مستشفى دمشق .

كشفت المعاينة ورماً بحجم رأس الطفل في المراق اليسرى مستبطناً للصفاق شديد التحرك مستقراً في اليسار ولكن يستطاع دفعه حتى الى يمين الخط المتوسط . وهذا الورم اخرس بالقرع ومتى قرع قرعاً خفيفاً ارتعش ارتعاشاً واضحاً . وقد شخص كيساً مائياً في رباط القولون .

وقد جس في المراق اليمنى ورم آخر ثابت متصل خرسه بخرس الكبد واقع تحت هذا العضو وغير مرتعش وقد شككنا بعض الشك في طبيعته كما اننا لم نجزم في مقره ومجاوراته التشريحية استناداً الى المعاينة السريرية فقط

وكان تفاعل كازوني سلبياً وحبات الحامض ستاً فقط فقررنا فتح البطن بلا ابطاء وقد اجرينا العملية في ٧ حزيران. خدر المريض تخديراً عاماً بالايثر وشق البطن على الخط المتوسط فوق السرة ثم مدد الشق قليلاً تحتها فكان استخراج الكيس الايسر سهلاً وقد وجدناه كما ظننا قبل فتح البطن في ملء رباط القولون عند الزاوية اليسرى . وعثرنا على سطح تفريق خال

من العروق فاتبعناه وتمكنا به من استخراج الكيس قطعة واحدة بدون ان يثقب وهو الكيس الذي ترونه .

اما الكيس الآخر فلم نستطع الوصول اليه بسهولة بل اضطررنا الى صنع شق آخر جانبي في اليمين. وقد ادركنا منذ وقوع نظرنا عليه ان استخراجه قطعة واحدة مستحيل لالتصاقاته الكثيفة والمتسمة بالقولون المعترض ولاسيما بفص الكبد الايمن الذي كان ملتصقاً به التصاقاً وثيقاً .

فبعد ان فرملنا (formolage) جيب الكيس ووقينا الصفاق جيداً برفادات صغيرة مفرملة جربنا افراغه بالمبزل غير ان كثرة الاكياس الابناء اضطرتنا الى فتح الكيس وافراغه بالملعقة وقد تحققنا في سياق عملنا هذا ان الكيس لم يكن ملتصقاً بالكبد فحسب بل ان له استطالة كانت مستبطنة للكبد وغائرة بعيداً فيها. فوخف (marsupialiser) الكيس في حذاء القسم الوحشي من الشق المنحني وخيط الجدار طبقة واحدة بشعر فلورنسة

وحالة هذا المريض الذي بضع امس صباحاً حسنة جداً الآن .

وقد دل الرسم الشعاعي ان المنصف شديد الاتساع فلعل فيه كيساً آخر غير اننا والمريض لم يمر عليه في شعبتنا اكثر من يومين لم نستطع اثبات هذا الامر ولعلنا نعود اليه في جلسة مقبلة .

❀ ❀ ❀

الاطباء في صدر الاسلام

للعليم سعدي التميمي رئيس جمعية الاطباء الوطنيين بجنيف

نتحدث الآن عن الاطباء في صدر الاسلام وقد كانت العرب لا تزال حديثة العهد بالحياة المدنية وكانت لا تعنى بشيء من العلم الا بلغتها ومعرفة احكام شريعتها وبصناعة الطب التي كانت محترمة عند جماهيرهم ذلك لان الناس بحاجة اليها ولان عندهم عن النبي (صلعم) في البحث عليها حيث يقول ياعباد الله تداووا فان الله عز وجل لم يضع داءً الا وضع له دواءً الا واحداً وهو الهرم .

وقد عني في الدولة الاموية بالطب بعض عناية لان الناس في حاجة مادية اليه ولانه ابعد العلوم الاجنبية عن ان يؤثر في الدين ولذلك كانت للاطباء منزلة محترمة عند الجميع وظل الطب اجنبياً طيلة ايام الخلفاء الراشدين فكان افراد من العرب مسلمين او نصارى يشدون الرحال الى المراكز الطبية الاجنبية لتعلم صناعة الطب وقد كانت محاولة الترجمة في العهد الاموي محاولات فردية تموت بموت الافراد القائمين بها بخلاف الدولة العباسية حيث كان للترجمة مدرسة كبيرة لا يضيرها موت فرد او افراد منها

فلت كان بعض العرب يذهبون الى الديار الاجنبية فيختلطون بالامم المجاورة لهم والمحيطة بهم من اهل الحضارات السابقة وهم الفرس واليونان والهند وكان المنهل الرئيسي الذي استقوا منه صناعة الطب مدرسة جنديسابور وهي مدينة في خورستان من اعمال فارس اسسها سابور الاول واتخذها

موطناً لأسرى الروم واسس فيها كسرى انوشروان مدرسة الطب المشهورة والحق بها بيمارستاناً وكان اول من علم الطب فيها اطباء من الروم فنشأ على ايديهم اطباء من اهل تلك الديار وممن تتلمذ عليهم الحارث بن كلده الثقفي من الطائف طبيب العرب تعلم قبيل الاسلام وعالج بفارس وطبب بعض اجلاء الفرس وقد شهد ايام الرسول والخلفاء الراشدين ومعاوية وكان يوصي بالحمية كثيراً وكان عربياً فخورا بعروبته وكان فصيحاً وذكياً وقد جاء هو وزميله ابن ابي رمثة التميمي في مقدمة القافلة المثقفة الاولى من العرب في صدر الاسلام والتميمي هذا كان خبيرا بالجراحة ويعد اول جراح متعلم في وقته ويقال انه طلب يوماً الى النبي العربي الكريم (صلعم) ان يريحه من ورم جلدي كان بين كتفيه .

وكان للحارث ولد هو النضر بن الحارث وقد رحل الى مواطن العلم ورجع منها طبيباً وكانت امه خالة النبي (صلعم) ولكنه كان مشايعاً لابن سفيان ضد ابن خالته فانغمس في خضم الحزبية ووقف في واقعة بدر يحارب مع المشركين فأسره المسلمون ثم قتلوه ولذلك لم يعلم عنه انه اشتغل كثيراً في المهنة الشريفة التي تمب في سبيلها وكان للخليفة الاموي معاوية بن ابي سفيان طبيب خاص نصراني يدعى ابن اثال وهو دمشقي المولد وكان على جانب كبير من الخبرة في مفردات الطب والسموم وكان لمعاوية صيدلي ماهر هو ابو الحكم النصراني وابنه الحكم كان طبيباً ماهراً يفوق اباه بالذكاء .

ونشأ في دمشق على عهد الحجاج صيدلي طبيب ذو شهرة عظيمة وقد توفي سنة ٩٠ هجرية له كتاب طريف يصف فيه الادوية وكيفية دقها ومزجها

واذابتها وهذا الطبيب كان خبيراً مدققاً ويعد اول من تنبأ بعمل الافرازات الداخلية للغدد في الجسم ويروى عنه في هذا الصدد انه شهد مقتل احد الخارجين على الحجاج وقد سال من القتيل دم غزير فطلب اليه الحجاج تعليل ذلك فقال له ان الرجل لم يكن خائفاً قبل مقتله بل كان يجابهك بجنان ثابت وبدون ادنى خوف وعند فقد الخوف تنعدم الاخلاط التي تقبض اوعية الدم ولذلك نزف منه الدم بكثرة وهذا تعليل علمي ذو قيمة فنية عظيمة .

ولم يقف الجنس اللطيف في هذا الدور غريباً عن الحركة العلمية بل ذكر لنا التاريخ ان بني اود انجبوا فتاة تدعى زينب كانت عظيمة الخبرة بالعلاج وامراض العين والجراحة ونذكر ايضاً طبيب الخليفة الصالح عمر بن عبدالعزيز عبد الملك بن لبجر الكناني وقد كان استاذاً في مدرسة الاسكندرية ثم لازم الخليفة واسلم على يديه وكان ذا باع طويل في الطب والعلاج .

وطأطأت الارستقراطية رأسها اجلالاً للعلم في هذا الدور اذ رأينا اميراً من امراء البيت المالك هو خالد بن يزيد بن معاوية بن ابي سفيان ينصرف الى العلم فيتلقى الطب عن يحي النحوي والكيمياء عن مريانس الرومي فينبغ نبوغاً كبيراً ويؤلف الكتب القيمة فيهما .

واخيراً يلذ لي ان اذكر طبيباً عظيماً جاء في هذا الدور فنثر تعاليمه الصحية عفواً دون ان يدعي الطب لانه لم يتلقه عن احد ولم يقرأه عن كتاب لانه كان امياً ولكن هذا الامي لم يذكر كلمة واحدة في الطب الا ظلت حتى اليوم صحيحة غير منقوضة اسمعوه وهو يعلم رجاله المبادىء الطبية — المعدة بيت

الداء والحمية رأس كل دواء واصل كل داء البردة — انظروا كم كان يوصي بالاسنان ويكثر من الحث على السواك ثم هل تستطيع ان تأتي بحكيم اوصى بالنظافة بقدر ما اوصى هذا الطبيب هل يستطيع المسلم ان يؤدي الصلاة قبل ان يستحم وان يتوضأ . والصلاة ليست مرة واحدة في في اليوم بل خمس مرات .

كان يقول كما يقول الفن اليوم للوالدة المرضع ، ان خير ما ينفع الرضيع لبن امه فلبن المرضع فلبن البقر وله تعاليم ثمينة في حفظ صحة النسل والوالد والوالدة وله نظرات قيمة في المأكل والمشرب وكان يوصي بالاقلال من الاكل وينهى عن تنويعه ويوصي بالصوم وكان هذا الحكيم خبيراً بالفيتامينات وهي المواد المفيدة في الاطعمة والتي لم يكتشفها العلم الحديث الا في القرن العشرين اسمع ماذا قال عن الحلبة وهي التي ثبت انها من اغنى المواد بالفيتامين لو تعلمون ما في الحلبة لاشتريتموها بوزنها ذهباً وقد اوصى بالعسل والزبيب كثيراً وكلاهما معروف بخواصه المغذية الثمينة .

وهل تعجب اذ تسمع هذا الطبيب الأمي يضع لك انظمة الكورنتينات ومبادىء الوقاية من الامراض السارية في كلمتين - فعندما سئل عن الطاعون قال (اذا سمعتم به بارض فلا تدخلوا عليه واذا وقع بارض وانتم بها فلا تخرجوا فراراً منه)

يقول لك العلم الحديث عند التعمق في وصف المريض بداء الجذام ان وجهه يأخذ شكلا جامداً في خطوطه فيشبه وجه الاسد اعتقد ان الفن قد تتلمذ على طبيبنا الأمي يوم قال قبل ثلاثة عشر قرناً . فرّ من المجذوم

كما تفر من الاسد ولم يتقِ الاسد عفواً بل لانه رأى بعين بصيرته ان الاسد يمير جمود وجهه الى المجذوم المسكين .

يعلم كثير من القراء ان الفن الطبي الحديث يستعين بالماء البارد ضد الحميات وخصوصاً في الحمى التيفية حتى ان بعض المستشفيات الباريسية تقتصر على استعمال الماء البارد في مداواة المحمومين .

فليسمح لي بان اقول ان طبيبنا هذا هو اول من دعا الى هذه الطريقة الناجعة في الدواء ان هذا الحكيم هو ملء الابصار والقلوب هو الذي نستمد القوة من روحه في وثبتنا الراهنة هو النبي محمد بن عبدالله صلوا عليه وسلموا تسليما

❀ ❀ ❀

صحة المساكن وعلاقتها

بانتشار السل

«٤»

ترجمها العليم انور هاشم

وفي الحقيقة ان وفرة الحوادث في بعض الانحاء تبدو متعلقة قبل كل شيء بازدحام السكان فلسنا نستطيع اذن ان نقتبس نتيجة مفيدة من هذا الاستقراء . فيجب للمقابلة المفيدة ان ننظر بعين الاعتبار الى عدد السكان فقد صنفنا فيما قبل شوارع البلدة بحسب عرضها وبحثنا عما اذا كانت هناك علاقة بين هذا المرض ووفرة الوفيات والولادات . وان الجداول الآتية تسجل لنا الاعداد التي وصلنا اليها .

عرض الشوارع	عدد الشوارع	السكان	عدد الوفيات بالسل	عدد الولادات
(٥) امتار	٥٧	٧٨٣١	٢١٠	١٣٢
اكثر من (٥) امتار واقل من (١٠)	٢٣٣	٧٩٩٧٨	١٨٤٢	١٧٨٤
(١٠) امتار	١٥٧	١٠٣٥٨٩	٢٣٠٤	٢٢٠٢
اكثر من (١٠) امتار واقل من (١٥)	١٧٩	١٤٨٤٩١	٣٤٩٠	٣٤٢٠
من (١٥) متراً الى (٢٠)	٣٦	٤٩٢٣٢	١٠٢٦	١٢١٦
اكثر من (٢٠) متراً	٢١	٢٩١٦٨	٤٧٨	٥٦٢
ارصفة	٢١	٢٠٠٥٧	٣٧٠	٣٨٠
ساحات	٥٨	١٥٦٧٠	٢٨٠	٢٨٤
المجموع		٤٥٤٤٧٦	١٠٠٠٠	١٠٠٠٠

التوزيع لمائة الف من السكان

عرض الشوارع	نسبة الوفيات بالسل في ١,٠٠٠ من السكان	نسبة الولادات في ١,٠٠٠ من السكان
حتى عرض ٥ امتار	٢٦,٨	١٩,٤
اكثر من (٥) امتار واقل من (١٠)	٢٣	٢٢,٣
(١٠) امتار	٢٢	٢١,٢
اكثر من (١٠) امتار واقل من (١٥)	٢٣,٥	٢٢,٩
من (١٥) متراً الى (٢٠)	٢٠,٨	٢٤,٦
فوق (٢٠) متراً	١٦,٣	١٩,٢
ارصفة	١٨,٤	١٨,٩
ساحات	١٧,٨	١٨

من الصعب الحصول على نتائج واضحة من هذه الاحصاءات التي قمنا بها . اذا نظرنا الى الشوارع التي يقل عرضها عن خمسة امتار وجدنا نسبة الوفيات بالسل اكثر من عددها في الشوارع الاكثر عرضاً ولكن من عرض خمسة امتار الى خمسة عشر متراً لا تتبدل نسبة الوفيات ثم انها تتناقص في الطرق الاكثر اتساعاً . والارصفة والساحات

اما فيما يتعلق بالولادات فيلفت نظرنا التقارب بين عددها وعدد الوفيات بالسل . ولكن فرقاً واحداً يجب ذكره عن الشوارع الاكثر ضيقاً حيث نسبة الولادات صغيرة . اما في بقية الطرق فان التوافق مشهود بين توزيع

الولادات والوفيات . وان عدم التوافق نظراً الى الطرق التي يقل عرضها عن خمسة امتار لا يوجد الا في عدد ضئيل جداً من الحوادث اذ في عشرة آلاف وفاة بالسل لا نجد الا مائتين وعشر وفيات حدثت في الطرق الضيقة وفي عشرة آلاف ولادة لا نجد الا مائة واثنتين وخمسين ولادة حدثت في هذه الطرق نفسها . ان توزع الوفيات في هذه الطرق الضيقة لا تتبع نظاماً ما كتوزع الولادات . ففي سبعة وخمسين شارعاً من هذه الزمرة نعد اربعة عشر شارعاً لم تحدث فيها حادثة وفاة بالسل مدة ثماني سنوات تلك المدة التي لا يتجاوزها احصاؤنا . ولا تتجاوز نسبة الوفيات بالسل في اغلب هذه الشوارع الحد الوسطي للوفيات في الطرق الاكثر اتساعاً الا قليلاً وهكذا فان في تسعة شوارع عرضها الاعظم خمسة امتار وفيها مالا يقل عن مائتين وخمسين مسكناً عدوا مائة وتسع وفيات في (٤٢٤٨) اي (٢٥) في الالف في مدة ثماني سنوات . اما فيما يتعلق بالحارات فاننا لم نجد الوضوح نفسه الذي وجده جيلره فان مجموعات من المساكن يكون فيها المرض مميتاً . والملحوظة الوحيدة التي يمكن تقديمها من هذه الوجهة تتعلق ببيوت فيها غرف مؤثثة وبمساكن ايجارها زهيد جداً .

ومن المعلوم ان الاشخاص الذين قلت قدرتهم على العمل لا يستطيعون السكنى الا في بيوت رخيصة الاجور . ففي هذه الزمرة من البؤساء نجد كثيراً من المسلولين الذين يعيشون سنوات طويلة عيشة بائسة ولا يستطيعون ان يسكنوا منزلاً ملائماً . فليست المنازل الوضيعة التي توجد المسلولين بل هي التي تدعو البائس المسلول الذي لا تكفي موارده للسكنى في بيت ملائم .

وكثيراً ما نرى العمال المسلولين لا يجدون مأوى الا في هذه الغرف الوضيعة والاكواخ الحقيرة المناسبة لحالة اكياسهم . فليس بمستغرب ان نجدهم فيها دون غيرها

فهذا هو تعليل الملحوظة التي قدمها جيلره وهي ان حذف المنازل الوضيعة من حارات معروفة في مدينة ما لم يثمر ثمرة طيبة في تقليل السل المجتاح لهذه المنازل . وللسبب نفسه كان الموت بالسل مزداداً في الطرق الضيقة حيث يجد البؤساء مأوى اقل كلفة . فلنوجز ما نعلمه عن هذه المسألة طبقاً للاعتبارات السابقة :

(١) ان الشروط الصحية في المساكن لا يبدو لها تأثير في الموت بالسل فالصدفة وحدها هي التي تتدخل في تعيين وفرة الوفيات في كل منزل .

(٢) ان البيوت التي تكثر فيها الوفيات بالسل تختلف نسبة الوفيات فيها باختلاف الزمن ولو لم يطرأ اقل تبديل في حالة هذه البيوت الصحية

(٣) ان البيوت التي اعتبرتها الصحة اوخم من غيرها ليست المساكن التي بلغت نسبة الوفيات فيها الحد الاعظم .

(٤) وعلى العكس من ذلك فان البيوت التي اجتاحها السل اكثر من غيرها لا يقل توفر الشروط الصحية فيها عن غيرها بل ان بعضها مستكمل لهذه الشروط .

(٥) ان المنازل التي تكثر فيها الوفيات بالسل هي المنازل الرخيصة الاجرة والغرف الكائنة في الطابق السفلي والاكواخ التي يلجأ اليها البؤساء المسلولون اكثر من غيرهم من الطبقات الرفيعة في المجتمع .

فاذا ما اعتددنا بهذه المعلومات التي اقتبسناها ومحصناها بدون اقل تحيز قلناان انتشار السل لا يتعلق بالمنازل الوضيعة في حال من الاحوال .

ح — صحة المسكن في تطور السل الرئوي

لم تنسب الى المساكن الوضيعة جريمة العدوى فحسب بل نسب اليها ايضاً عدم ملائمة بعض الشروط كالهواء والانارة وغيرهـا ولهذه الامور شأنها في مداواة السل . فاذا كانت لمعالجة الآفات السلية بالاشعاع وبالحياة في الأرياف والتعرض لنور الشمس تأثير حسن في صحة الانسان لكونها تنشط تطوره ووظائفه الحيوية فان تأثير هذه المنازل الوضيعة التي حرمت هذه الشروط في اعادة السل اشدّ استفحالاً لا تنكر غير انها ليست وحدها سبب هذه الوخامة على ما نرى فان هناك سبباً آخر أجلّ شأناً من مسألة المنازل الوضيعة وهو المعالجة الحسنة . فاذا ما اصيب شخص بآفـة سلية موضعية (داء بوت . الورم الابيض. الوراك الخ) كفى في اغلب الاوقات تثبيت الناحية المريضة لوقف سير الآفة وشفائها ايضاً .

ان كل عضو مأوف أياً كان يجب ان يخلد الى الراحة ليكافح الآفة التي اصيب بها . وان آفات الرئة في المسلولين لا تخرج عن هذه القاعدة التي اقرّ بها المتخصصون بامراض السل . فاذا ازيد انقاص سعة الحركات التنفسية وتواترها فان اول واسطة واسهلها هي ان نضع المريض في حالة الراحة . ولكن هل نبقى في هذه الحالة على اتفاق مع المبدإ الذي نجري عليه من ارسال المسلولين الى الاماكن المرتفعة والاشارة عليهم بفتح النوافذ؟

فما لا شك فيه ان المريض حفظاً لحرارته المركزية في حالة طبيعية يحتاج الى تسريع تنفسه وجعله عميقاً كلما انخفض الضغط الجوي والحرارة فان في الجو في الاماكن جميعها النسب نفسها من مولد الحموضة ومن الغازات العاطلة، ومولد الحموضة فيه كثير . فليس لاختلاف تركيب الهواء باختلاف الاماكن تأثير يذكر . فتبريراً لاختيار الاماكن العاليـة القليلة الملائمة لخفة ضغط الهواء والبرودة فيها يقال ان نقاء الهواء يفعل فعله الحسن ولكن علينا ألاّ نقبل هذا التعليل قبل ان تقدم البراهين الدامغة عليه بالمشاهدات الكثيرة

ان القول بفائدة الاماكن المرتفعة وفتح النوافذ لا يستند الى برهان صريح فاننا نرى في وسط المدن الكثيرة الازدحام مستشفيات تنجح فيها معالجة المسلولين نجاحاً معادلاً لنجاح المستشفيات المؤسسة في الاماكن المرتفعة مع ان الشروط مختلفة جد الاختلاف في كلتا الحالتين فعلينا ألا نتسرع في الحكم قبل وضوح الامر . ومن جهة اخرى فاننا نشاهد تحسناً بل شفاء ظاهراً في المسلولين الذين اتبعوا نصائح العامة فواظبوا على الاستراحة في السرير اشهراً كاملة في اكواخهم المغلقـة الابواب والنوافذ وخالفوا ما تفرضه عليهم المداواة العصرية كل المخالفة .

ومن المعلوم اننا لا نعلق على هذه الحوادث قيمة كبيرة لانها فريدة في بابها لم تقارن بغيرها ولم يدقق فيها تدقيقاً كافياً . ولكننا لا نشك في امكان حدوث هذه الحوادث .

واننا بعد ان اتبعنا سير السل الرئوي منذ اعوام طوال في آلاف المرضى الذين كانوا يأتون مستوصفنا استنتجنا من المشاهدات التي رأيناها ورآها

مساعدونا هذه القاعدة وهي ان الراحة التنفسية تلعب دوراً عظيماً في سير المرض فنظام المصحات الذي يجبر المرضى على الراحة خير وسيلة لوقف سير المرض ومنع استفحاله وهذا النظام يستطاع اتباعه في كل مكان . وعلى العكس من ذلك لا يمكننا ان نعرف ما هي قيمة الاماكن المرتفعة وعادة ابقاء النوافذ مفتوحة ولا يستطيع احد في الوقت الحاضر ان يوضح لنا هذه المبادىء التي يحيط بها شيء من الشك لاسباب نظرية ذكرناها . وكل ما يكتب في هذا الموضوع خيال بخيال ما زالت التجارب الدقيقة المثبتة لم تحققه حتى الآن .

اننا نعرض هذه الملحوظات المختلفة لانظار الاخصائيين بالسل مع الرجاء منهم بان يحققوا في معتقداتهم الدرسية بشيء من الاختبارات الشخصية . وكم نتمنى ان يشرحوا لنا هذه المتناقضات التي ذكرناها فيما سبق . فقبل ان تنفق الاموال الطائلة في بناء مستشفيات لا تقوم على مبادىء اكيدة يجدر بنا ان ندرس درساً مجرداً هذه القضية العويصة ؟ وان نعين ما لهذه العوامل المختلفة التي ذكرناها من التأثير الحقيقي .

(ط) طرز التأثيرات السيئة للمنازل الوضيعة

اذا كانت ابحاثنا لم تظهر ما للشروط الصحية التي لم تتوفر في المنازل من التأثير في انتشار السل فلا نستطيع نكران هذا التأثير بتاتاً ولكنها تتلاشى امام العوامل الاخرى الاكبر شأناً وتوافق نتيجة ابحاثنا ما قلناه عن انتشار السل بطريقة الوراثة وما اتينا عليه ببراهين عديدة ولا يستنتج من بحثنا ان

اهمال هذه المساكن الوضيعة جائز لانها ان لم يكن تأثيرها بيناً في انتشار السل فهو صريح في انتشار الامراض السارية وهي شديدة الضرر من الوجهتين الاجتماعية والاخلاقية . ولنذكر ما في تلاصق تلك الاكواخ من الضرر الاجتماعي الصريح وما كتبته ادما مرتين في هذا الشأن .

« ان الخدم رجالاً ونساء وقد اصبحوا بعيدين عن كل رقابة في تلك المنازل يخلعون عنهم رداء الحياء الذي تظاهروا بارتدائه وهم في اشغالهم ويمثلون وهم عراة مشاهد يندى لها جبين الطهارة » .

وينطق جول سيمون بهذه الجملة التي لا شك في حقيقتها : « ان المنازل الحقيرة اخوات الحانات » ولهذا السبب نقول اخيراً انها من اكبر دواعي الانسمام الكحولي ومن اشد المعاول في هدم الاسرة . فاذا ما دخل العامل منزله الضيق المظلم القذر نفض عنه بؤسه وراح يبحث عن رفاهية لا يجدها في داره . فجذبته الحانة ذات المظهر الخلاب الكاذب وذهب يطلب السلوى في شرب الراح ملتذاً بما تحدثه في جسده من التنبهات . فيضيع قسماً مما كسبه في يومه بينما امرأته رغبة في اصلاح ما افسده زوجها تتعاطى عملاً يضنيها وتهمل العناية بمنزلها واطفالها لكي تتفرغ لعمل اضافي لا يجديها الا قليلاً من الدريهمات التي تسد بها رمق العيلة . وكثيرات هن اللواتي يرميهن اليأس والرغبة في نسيان آلامهن في حمأة الاشربة الكحولية او تجرهن الوعود الخلابة الى الدعارة .

فلنتصور حالة اطفال ينشأون في هذه البيئة الخالية من الاخلاق والمملوءة من التباغض مع القدوة السيئة التي يرونها ممثلة في آبائهم . ان تأثير حالة

المنازل الوضيعة في المجتمع يدعو الى الأسف. ولقد كتب العليم دومنيل : « على الانسان ان يكون بطلاً ليستطيع التخلص من فساد المجتمع الانساني متى عاش في مثل هذه المنازل ». وهذه الاستعارة قد تجلت فيها حقيقة ناصعة. ولقد وجهنا الانظار الى هذه الناحية مع انها بعيدة عن موضوعنا لنعلم اننا اذا لم نحارب المنازل الوضيعة وقاية من السل فيجب ان نحاربها لاعتبارات اخرى. وان وظيفتها اذا لم تكن عظيمة في الوقاية من الامراض السارية فانها عظيمة من الوجهة الانسانية والعيلية والاجتماعية وتتلخص في الاستشهاد الآتي الذي ننقله عن بلانكي الذي يجدر ان نختتم بكلامه موضوعنا :

« لقد درست بخشوع ديني عيلات العمال وعيشتها الخاصة ويمكنني ان اؤكد بان وخامة المنزل هي المصدر الاول لجميع التعاسات وسائر المصائب في حالتهم الاجتماعية فليس هنالك اصلاح يستحق اكثر من هذا انتباه اصدقاء الانسانية واخلاصهم ».

❀❀❀

الشباب و الاشباب

«٣»

في

المعمرين من العرب وطرف من اخبارهم

للعليم شوكة الشطي

٦ — دريد بن الصمة الجشمي

عاش نحواً من مائتي سنة حتى سقط حاجباه على عينيه قال :

فان يك رأسي كالثَّغامة نسله يطيف بي الولدان احدب كالقردِ
رهينة قعر البيت كلّ عشيّةٍ كأني أرقّبى أو اصوّب في المهدِ
فمن بعد فضل من شباب وقوة وشعرٍ اثيث حالك اللون مُسودِ

ولما كبر اراد اهله ان يحبسوه فقالوا انا حابسوك وما نعوك من كلام الناس فقد خشينا ان تخلط فيروي ذلك الناس علينا ويرون منك علينا عاراً قال أوقد خشيتم ذلك مني قالوا نعم قال فانحروا جزوراً واصنعوا طعاماً واجمعوا الي قومي حتى احدث اليهم عهداً فنحروا جزوراً وعملوا طعاماً فلبس ثياباً حساناً وجلس لقومه حتى اذا فرغوا من طعامهم قال اسمعوا مني فاني ارى امرى بعد اليوم صائراً لغيري وقد زعم اهلي انهم قد خافوا علي الوهم وانا اليوم خبير بصير ان النصيحة لا تهجم على الفضيحة اما اول ما انهاكم عنه فأنهاكم عن محاربة الملوك فانهم كالسيل بالليل لا تدري كيف

تأتيه ولا من اين يأتيك ولا تحقرن شراً فان قليله كثير واستكثروا من الخير فان زهيده كبير، اجعلوا السلام محياة بينكم وبين الناس ومن خرق ستركم فارقعوه ومن حاربكم فلا تغفلوه وروا منه ما يرى منكم واجعلوا عليه حدكم كله ومن أسدى لكم خيراً فأضعفوه له والا فلا تعجزوا ان تكونوا مثله واذا التقيتم على حسب فلا توا كلوا فيه وما اظهرتم من خير فاجعلوه كثيراً ولا تنافسوا السودد وليكن لكم سيد فانه لا بد لكل قوم من شريف ومن كانت له مروءة فليظهرها ثم قومه اعلم ووسعوا الخير وان قل ولا تنكحوا دنياً من غيركم فانه عار عليكم وعليكم بصلة الرحم فانها تعظم الفضل وتزين النسل واذا عييتم بأمر فتعاونوا عليه ولا تحضروا ناديكم السفيه

٧ — كعب او عمرو بن حممة الدوسي

عاش اربعمائة سنة غير عشر سنين فقال :

كبرت وطال العمر حتى كأنني سليم أفاع ليله غير مودع
فما الموت افناني ولكن تتابعت علي سنون من مصيف ومربع
ثلاث مئين قد مررن كواملا وها انا هذا أرتجي مر اربع
واصبحت مثل النسر طارت فراخه اذا رام تطياراً يقلن له قع
أخبر اخبار القرون التي مضت ولا بد يوماً ان يطار بمصرعي

٨ — كهمس بن شعيب الدوسي

عاش اربعين ومائة سنة ومن قوله :

ألا رب نهب يخطر الموت دونه حويت وقرن قد تركت مجدلا

وخيلٍ كأسراب القطا قد وزعتها   بخيلٍ تساقيها ثمالاً مثَمَّلا
ولذات عيشٍ قد لقيت وشدةٍ   صبرت لها جاشي ولم اكُ اعزلا
ومُستَلحمٍ فيه الاسنَّة شُرَّع   دعاني حذاراً ان يصاب ويُقتَلا
سعيت اليه سعيَ لا واهن القُوى   ولا عاجزٍ لا يستطيع التَّحلحُلا
فنفَّست عنه الخيل وأنتشت نفسه   وقد عاين الابطال أخولَ اخولا
وقد عشت حتى قد مللت مُعيشتي   وايقنت حقاً ان سألقى المُوَكَّلا
والاَّ نجاة لامرىءٍ من منيَّةٍ   ولو حلَّ في اعلى شماريخ يَذبُلا

٩ — مصاد بن جناب بن مرارة من بني عمرو بن يربوع

عاش اربعين ومائة سنة وقال :

ما رغبتي في آخر العيش بعد ما   اكون رقيب البيت لا اتَغيَّبُ
اذا ما اردت ان اقوم لحاجةٍ   يقول رقيبٌ حافظٌ اين تذهب
فيرجمُه المُرمى به عن سبيله   كما ردَّ فرخَ الطائر المتربُ

وقال ايضاً :

انَّ مصادَ بن جنابٍ قد ذَهب   ادركَ من طول الحياة ما طلب
والموت قُد يدرك يوماً من هرب

ومن قوله ايضاً

للموت ما نُفدى وللموت قصرُنا   ولا بد من موت وان نُفِّس العمر
فمن كان مغروراً بطول حياته   فاني حميلٌ ان سيصرعه الدهر
فليس يباق ان سألت ابن مالك   على الدهر الاَّ من له الدهر والامر

١٠ — مسافع بن عبد العزي الضمري

عاش ستين ومائة سنة وقال حين ضجر به اهله

لعمرُكما لو يسمع الموت قد اتى لداعٍ على بُرءِ جفته العوائدُ
به سَقَمٌ من كل سُقم وخبطةٌ من الدهر اصغى غصنه فهو ساجد
اذا مرَّ نعشٌ قيل نعش مسافعٍ الا لا يِودّي لو بناليَ لاحِد
يظنون اني بعد اول ميّت فأبقى ويمضي واحدٌ ثم واحد
فقالوا له لما رأوا طول عمره تأتّ لدار الخُلد انّك خالد
غضابٌ عليّ ان بقيت واني بودي الذي يهوون لو انا واجد

١١ — زهير بن جناب بن هبل بن عبدالله بن كنانة

قالوا عاش اربعمائة سنة وعشرين سنة وأوقع مائتي وقعة وكان سيداً مطاعاً شريفاً في قومه ويقال كانت فيه عشر خصال لم يجتمعن في غيره من اهل زمانه كان سيد قومه وخطيبهم وشاعرهم ووافدهم الى الملوك وطبيبهم والطب في ذلك الزمان شرف وحازي قومه والحزاة الكهان وكان فارس قومه وله البيت فيهم والعدد منهم ومن اقواله :

أبَنيّ ان اهلك فقد اورثتكم مجداً بنيّه
وتركتم اولاد سا دات زنادكُمُ وريّه
كلُّ الذي نال الفتى قد نلته الا التحية
كم من مُحيًّا لا يوا زيني ولا يَهب الدعيّة
ولقد رأيت النار للسّلاّف توقد في طميّه

ولقد رحلت البازل الـوجناء ليس لهـا وليه
ولقد غدوت بمشرف الـطّرفين لم يغمز شظيّه
فأصبت من حُمُر القنا ن معاً ومن حمر القفيّه
ونطقت خطبة ماجدٍ غير الضعيفـة والعيّة
فالموت خير للفتى فليهلكن وبه بقيّه
من ان يرى تهديه ولدان المُقامـة بالعشيّة

ويروى

من ان يرى الشيخ البجا ل وقد يهادى بالعشية

وقال حين مضت له مائتا سنة من عمره

لقد عُمّرت حتى ما أبالي احتفي في صباحي او مسائي
وحُقّ لمن اتت مائتان عاماً عليه ان يملّ من الثواء
شهدت المحضئين على خزازٍ وبالسُّلان جمعاً ذا زُهاء
ونادمت الملوك من آل عمروٍ وبعدهُمُ بني ماء السماء

١٢ — هبل بن عبدالله بن كنانة الكلبي

هو جد زهير بن جناب بن هبل عاش سبعمائة سنة حتى خرف وغرض منه اهله فكانوا يضحكون منه ومن اختلاط كلامه وقد قال حاطب بن مالك النهشلي يذكر طول عمر هبل

كأنك ترجو ان تعيش ابن مالكٍ كعيش هُبَل لقد سفهت على عَمْد
ومـاذا ترجّي من حياة ذليلة تعمّرهـا بين الغطارفة المُرد

وانت لَقىً في البيت كالرأل مدنفٌ　　وقد كنت سبّاقا الى غاية المجد
وللموت خير لامرىء من حياته　　يدبّ دبيباً في المحلّة كالقرد
فلو ان شيئاً نال خلداً لناله　　حليف الندى عمر وسليل ابي الجعد
فتىً كان سبّاقاً الى كل غاية　　يبادر فتيان العشيرة للحَمْد

١٣ — أنس بن مدرك الخثعمي

عاش مائة واربعاً وخمسين سنة وكان سيد خثعم في الجاهلية وفارسها وادرك الاسلام واسلم وقال في كبره

اذا ما امرؤٌ عاش الهُنَيدَةَ سالماً　　وخمسين عاماً بعد ذاك واربعا
تبدّل مُرّ العيش من بعد حلوه　　واوشك ان يبلى وان يتَسعْسعا
ويأذى به الادنى ويرضى به العدى　　اذا صار مثل الرأل احدب اخضعا
رهينة قعر البيت ليس يريمه　　لقىً ثاوياً لا يبرح المهد مُضجعا
يخبرُ عمّن مات حتى كأنما　　رأى الصّعب ذا القرنين اوراءتُبّعا

١٤ — عبدالله بن سبيع الحميري

عاش مائة وخمسين سنة وقال في ذلك

اراني كلما هرِمت يوماً　　اتى من بعده يومٌ جديدُ
يعود شبابه في كل فجر　　ويأبى لي شبابي لا يعودُ

١٥ — مرداس بن صبيح بن الحكم

عاش مائتي سنة وثلاثين سنة وقال في ذلك :

اعاذلتي دعي عذلى فاني · أتتني عن حجور مُنديات
قوافي قد اتتني من بعيد · فما ادري أزورٌ ام ثبات
فان تك كذبة من قوم سوء · فما ان تزدهيني المعذرات
فاني قد كبرت ودق عظمي · واسلمني لدى الدهر الهَنات
مرازي قد تنوب وطول عمر · تؤوب لها الهموم الطارقات
أدبُّ على العصا لم يبق الاَّ · لسان صارم عضب حُتات
فلا يغرركم كبري فاني · كريم ليس في امري شتات

١٦ — شريح بن هانىء بن يزيد بن نهيك بن دريد

عاش عشرين ومائة سنة وقد قتل في ولاية الحجاج بن يوسف فقال وهو يرتجز قبل ان يقتل

قد عشت بين المشركين اعصُرا · ثمت ادركت النبيّ المنذرا
وبعده صديقه وعُمَرا · ويوم مهران ويوم تُستَرا
والجمع في صفّينهم والنّهرا · هيهات ما اطول هذا عُمُرا

١٧ — عباد بن انف الكلب الصيداوي من بني اسد

عاش عشرين ومائة سنة فقال :

عَمِرت فلما جُزتُ ستين حجّةً · وستين قال الناس انت مَفنَّدُ
فقلت لهم بالله هل تُنكروني · وهل عابني الاّ السخا والتمجّد
واني جواد الكف سمحٌ بما حوت · يداي من المعروف لا اتلدّد

١٨ — ابو الطمحان القيني من بني كنانة

عاش مائتي سنة وقال في ذلك

حنتني حانيات الدهر حتى كأني خاتل يدنو لصيد
قريب الخطو يحسب من رآني ولست مقيداً أني بقيد

١٩ — عباد بن شداد اليربوعي

عاش مائة وثمانين سنة وقال في ذلك :

يا بؤس للشيخ عبّاد بن شدّاد اضحى رهينة بيت بين اعواد
وتهزأ العرس مني ان رأت جسدي أحدب لم تبق منه غير أجلاد
فان تريني ضعيفاً قاصراً عنقي . فقد اكعكم عني عدوة العادي
وقد افيء بأثواب الرئيس وقد اغدو على سلهب للوحش صيّاد

٢٠ — همام بن رياح بن يربوع بن حنظلة

عاش مائة وثمانين سنة وقال في ذلك

ان الغواني قد عجبن كثيرا ورأينني شيخاً صحوت كبيرا
قصرا الغواني ان اردت هوادتي حسب الكبير مجرّباً مخبورا
اني لأبذل للحليل اذا دنا مالي واترك ماله موفورا
واذا اردت ثواب ما اعطيته فكفى بذاك لنائل تكديرا
اني امرؤ عفّ الخلائق لا ارى طرق السماحة يا اميم وعورا

٢١ – لبيد بن ربيعة بن مالك

عاش مائة وعشرين سنة وادرك الاسلام فأسلم وقال حين مضت له سبع وسبعون

نفسي تشكي الى الموت مجهشةً وقد حملتُك سبعاً بعد سبعينا
ان تحدثي املًا يا نفس كاذبةً ففي الثلاث وفاء للثمانينا

فلما بلغ مائة وعشرا قال

أليس في مائة قد عاشها رجل وفي تكاملِ عشرٍ بعدها عُمُر

فلما بلغ عشرين ومائة قال

ولقد سئمت من الحياة وطولها وسوآلِ هذا الناس كيف لبيد

٢٢ – نصر بن دهمان بن بصار

عاش مائة وتسعين سنة حتى سقطت اسنانه وابيض رأسه فحزب قومه امراً احتا جوا فيه الى عقله فدعوا الله ان يرد عليه عقله وشبابه وفهمه واسود شعره فقال سلمة بن الخرشب الانماري

نصر بن دهمان الهُنَيدةَ عاشها وتسعين حولاً ثم قُوِّم فانصاتا
وعاد سواد الرأس بعد ابيضاضه وراجعَه شرخ الشباب الذي فاتا
وراجع عقلًا بعد عقل وقوة ولكنه من بعد ذا كله ماتا

٢٣ – زهير بن مرخة من بني وابش

عاش مائة وسبعين سنة وقال في ذلك

كبرتُ وامسَت عظامي رمادا وما تأمل العين الا رقادا
اقول لأهلي لا تَظمَنوا وهاتوا فراشا وطيئاً وزاداً

٢٤ — زهير بن ابي سلمى الشاعر

عاش مائة وعشرين سنة وقال حين بلغ الثمانين
سئمت تكاليف الحياة ومن يعش ثمانين حولاً لا ابالَكَ يسأم

٢٥ — قس بن ساعدة بن حذافة

عاش ثلاثمائة وثمانين سنة وقد ادرك الاسلام وهو اول من آمن بالبعث من الجاهلية واول من توكأ على عصا واول من قال اما بعد وكان من حكماء العرب وهو اول من كتب من فلان الى فلان واول من قال في كتابه اما بعد . زعمت العرب انه سبط من اسباطها وهو الذي يقول

هل الغيثُ معطي الأمن عند نزوله بحال مسيء في الامور ومحسنِ
وما قد تولّى فهو قد فات ذاهباً فهل ينفعَني ليتني ولو انني

٢٦ — انس بن نواس بن مالك بن حبيش

عاش دهراً طويلًا ونبتت اسنانه بعد ما سقطت فقال

اصبحت من بعد البزول رباعياً وكيف الرباعي بعدما شُق بازلُه
ويوشك ان يلفى ثنياً وان يَمُد الى جذع تشكل أخاكم ثواكله
اذا ما اتّغرنا مرتين تقطّعتْ حبال الصبي وابنتّ منا وسائله

٢٧ — هاجر بن عبد العزي الخزاعي

عاش سبعين ومائة سنة وقال

بكيت وافناني الزمان واصبحت ... هنيدة قد انضت من بعدها عشرا
واصبحت مثل الفرخ لا انا ميت ... فأسلى ولا حيٌ فاصدر لي امرا
وقد كنت دهراً اهزم الجيش واحداً ... واغطي فلا مَنّا عطائي ولا نزرا
وقد عشت دهراً لا تجنُّ عشيرتي ... لها ميتاً حتى اخط له قبرا

٢٨ — عبد يغوث بن كعب بن الرواة

عاش سبعين ومائة سنة وقال في ذلك

بليت وقد كنت دهراً جديداً ... وقد عشت دهراً أبيا جليدا
ابعد ثمانين انضيتها ... وتسعين يا سلمَ ارجو الخلودا
ومات ابي وابو والدي ... ودُهل فاصبحت منهم وحيدا

٢٩ — أوس بن ربيعة بن كعب

عاش مائتي سنة واربع عشرة سنة وقال في ذلك

لقد عمرت حتى ملّ اهلي ... ثوائي عندهم وسئمت عُمُري
وحُقّ لمن اتت مائتان عاماً ... عليه واربع من بعد عشر
يَملّ من الثّواء وصبحُ يوم ... يغاديه وليل بعد يسري
فأبلى جدتي وبقيت شلواً ... وباح بما اجنُّ ضمير صدري

٣٠ — فضالة بن زين العدواني

عاش اكثر من مائة وعشرين سنة وهو القائل في المال

وما العيش الا المال فاحظ فضوله ... ولا تهلكنه في الضلال فتندم

فاني وجدت المال عزاً اذا التقت ... عليك ظلال الحرب تُرهمُ بالدم

اذا جلّ خطب صُلْت بالمال حيثما ... توجهت من ارضي فصيح واعجم

وهابك اقوام وان لم تُصبهمُ ... بنفع ومن يستغن يُحمد ويكرمِ

وتعطي الذي يبغي وان كان باخلًا ... بما في يديه من متاع ودرهم

وفي الفقر ذلٌّ للرقاب وقلّ ما ... رأيت فقيراً غير نكسٍ مذمّم

يُلام وان كان الصواب بكفه ... ويُحمَدُ آلاء البخيل المدرهم

كذلك هذا الدهر يرفع ذا الغنى ... بلا كرم منه ولا بتحلُّم

ولكن بما حازت يداه من الغنى ... يصير اميراً للئيم الملطّم

❀ ❀ ❀

٢ — اخبار بعض المعمرين في العصر الحاضر

ذكرت الصحف سنة ١٩٠٩ خبر وفاة امرأة عن عمر يناهز ١٢٠ سنة ونبهت الجرائد الى ان السيدة مارك غلوك ولدت سنة ١٧٨٠ وماتت سنة ١٩١٠ اي عاشت ١٣٠ سنة وذكرت القبس الدمشقية خبر معمر العراق الكبير فقالت :

مات العم علي ابو سريح معمر العراق الشهير فقد نعته انباء البصرة فكان لنعيه رنة اسف ولا غرو فالعم ابو سريح جيل كامل ، وحرام ان تنطوي صفحة الجيل بغمضة عين !

ولد العم علي في وادي الدواسر من اعمال نجد عام ١٢٢٣ هجرية وعاش ١٣١ سنة متمتعاً بحواسه وبقوته ما خلا صمم قليل في اذنيه . وقد هاجر الى الزبير من اعمال البصرة واستوطنها سنة ١٢٦٤ . وكان آية في علو الهمة ومواصلة الاعمال حتى انه مشى مراراً عديدة من مدينة الكويت الى الزبير على الاقدام بكل نشاط وقوة وكان يذهب الى البصرة ويعود الى الزبير على الاقدام حتى آخر ايام حياته وله كثير من الجرأة على مخاطبة الملوك والامراء بلهجة ادبية مهذبة رصينة مع انه امي لم يضرب ولا بسهم واحد من العلم والمعرفة . وقد بلغ من اعجاب فقيد العراق العظيم جلالة الملك فيصل الاول بالعم ابي سريح ان عيّن له راتباً شهرياً قدره ثلاثة دنانير ونصف يقبضها من بلدية الزبير ، وجرى جلالة الملك غازي المعظم على سنة والده فشمله بعنايته ورعايته . وقد اعطاه جلالة الملك عبد العزيز السعود ملك المملكة العربية السعودية منحا مالية غير قليلة .

والعم علي ابو سريح كان يعزو اسباب نشاطه وقوته وعدم اعيائه وكلفته من الاتعاب الى عـدم ممارسته التدخين وتناول القهوة والشاي والمشروبات الروحية .

ولقد كان عمنا ابو سريح يروي الوقائع التاريخية التي حدثت في البلاد العربية منذ اكثر من قرن ، ويقص انبـاء الحروب والمعارك في الشرق والغرب ، ويكثر من الحديث عن مشاهداته ، فهو من هذه الناحية سفر تاريخي جليل ، بل هو جيل حي سائر ! وامثاله الاحياء الذين يحملون اعباء السنين واعباء التاريخ ايضاً قليلون في هذا العصر ، ولا سيما وقـد انتشرت الآفات التي تقصر الاعمار وتهلك الجسم قبل اوان هلاكه .

رحم الله ابا سريح واسكنه الجنان .

وقد تقصى اخونا الاستاذ جميل الشطي مفتي الحنابلة خبر فضلاء الشيوخ المعمرين فقال :

ادركنا من الشيوخ المعمرين في دمشق ممن بلغوا القرن او كادوا اربعة اجلة .

احدهم: الشيخ عبدالله السكري الركابي وهو فقيه كبير ولد فيما اخبر به سنة ١٢٣١ هـ واخذ الفقه عن فقيه الشام الشيخ سعيد الحلبي المتوفى سنة ١٢٥٩ هـ والحديث وغيره عن المحدث الشهير الشيخ عبد الرحمن الكزبري المتوفي سنة ١٢٦٢ هـ وكانت وفاته سنة ١٣٣٠ هـ

الشيخ الثاني : الشيخ عبدالله الحموي وهو مقريء جليل ادرك الخطاط المعروف الشيخ عبداللطيف الشطي المتوفي سنة ١٢٥٦ هـ وحدث عنه بنوادر

طرنفة وكانت وفاته سنة ١٣٣٠ ايضاً

الشيخ الثالث : الحاج علي الشطي وهو معمر قضى حياته بالتجارة والزراعة والكد وقد ادرك ابراهيم باشا المصري واخبر عنه بأنه تغلّب على الشام تسع سنوات من عام ١٢٤٧ الى عام ١٢٥٦ هـ وكانت وفاته سنة ١٣٣٤ هـ

الشيخ الرابع : مصطفى افندي السباعي وهو وجيه فاضل وخطاط متفنن ومن اسرة السباعي الشهيرة في حمص وغيرها واخبرنا بانه ادرك مرض الطاعون في حمص سنة ١٢٥٧ هـ وانه كان آخر طاعون في البلاد السورية وقد رحل الى بلاد كثيرة واستوطن دمشق مدة طويلة وصحب جماعة من علمائها ووجوهها وتولى وظائف عديدة فيها وكان كثير المخالطة لرجال الدين من فرق شتى يحدث عنها ويظهر التشكيك في كثير منها، وكان لتفننه وتقدم سنه يزوره الناس في بيته فيتمتعون بالاطلاع على صنائع غريبة وخطوط بديعة وكان مرفهاً جداً تزوج وهو في الخامسة والثلاثين من عمره فلم يرزق ولد وماتت زوجته بعد ان عاشت معه اربعون سنة ثم تزوج ثانية وكان قد بلغ الخامسة والثمانين سنة من العمر فرزق بنتاً اولى في السابعة والثمانين من عمره ماتت طفلة ثم رزق بنتاً ثانية وكان في التسعين من عمره . وقد اطلعنا في سنة ١٣٣٧ على رسالة جمعها في تراجم من ادركه من عائلات سورية ويقول في مقدمتها انه بلغ من العمر في تلك السنة ١٠٥ اعوام ثم توفي نحو سنة ١٣٤٠ رحمه الله . وهؤلاء جل من ادركنا من المعمرين الذين تمتعوا بصحة جيدة وعقل وافر حتى آخر حياتهم .

❀❀❀

تمحيص ما ورد عن اخبار المعمرين

ورأينا في هذا الصدد

اذا انعمنا النظر فيما اوردناه حتى الآن جاز لنا ان نستنتج من ذلك ان عمر الانسان في العهد الماضي لا يختلف عن مدى عمره اليوم واما ما ذكر في القرآن الكريم عن اللبث مئات من السنين فذلك دليل على ان الواحد القياسي للسنة فيما سبق يختلف عن واحد قياسي السنة اليوم . ويشاطرنا في رأينا المفسرون المصريون مثل العام الجليل طنطاوي جوهري . واما الشعراء الذي قيل عنهم انهم مكثوا مئات من السنين او قالوا في اشعارهم ما يشير الى ذلك فلسنا نرى في اقوال اكثرهم براهين يعتمد عليها لان الاقدمين لم يعتادوا ضبط تاريخي الولادة والوفاة ولأن من طبيعة الانسان متى ناهز التسعين ان يعتز بعمره وشيخوخته وان لا يخفيها كما وان من طبيعة من ساكنه ان يبالغ في كبره وينتج في الغالب من هذا وذاك تزييد في حقيقة اعمار المعمرين وقد يتناقل الرواة الخبر وربما آمن به بعض سامعيه حتى انه قد يخيل الى المعمر نفسه اذا كان حياً ان ما قيل صدق وحق . وهذا هو ايضاً رأي المحدثين كالامام البخاري وقد سئل عن الخضر وإلياس وعن حقيقة عمرهما وهل هما احياء فقال كيف يكون هذا وقد قال النبي صلى الله عليه وسلم لا يبقى على رأس مائة سنة ممن هو على ظهر الأرض احد .

❀❀❀

الحيوينات (الفيتامينات)

في الكيمياء الحيوية



للعليم في الصيدلة والكيمياوي صلاح الدين مسعود الكواكبي

وحسبوا المصروف اليومي للكهل وفقاً لهذه الشروط فوجدوه كما يلي:

الحرارة الخارجية :

اشعاعات حرورية	١٥٤٠ سعراً	
تسخن الهواء المستنشق	٨٠ »	
المجموع		١٦٢٠ سعراً

الحرارة الداخلية :

تبخر الماء بالجلد والرئة	٥٩٠ سعراً	
تسخن الأطعمة والاشربة	٢٠ »	
الحرارة المنتقلة بالبول والبراز	٣٠ »	
القدرة الموافقة للعمل العضلي الارادي (عمل بسيط) وغير الارادي (التنفس والدوران)	٨٠ »	
		٧٢٠
المجموع		٢٣٤٠ سعراً

فاستدلوا من ذلك ان الانسان الكهل يصرف وهو في حالة الراحة ٢٣٤٠ سعراً من الحرارة ٧٠ بالمئة منها بحالة حرارة خارجية والباقي يصرفه في حاجات العضوية داخلاً . فنسبوا هذا المقدار من الحرارة الى وزن الكهل ٦٥ كغ فاصاب كل كيلوغرام من البدن : $\frac{٢٣٤٠}{٦٥}$ = ٣٦ سعراً لكن عادوا فامتحنوا صحة النتيجة النظرية عملياً فوجدوها تختلف عما حصلوا عليه بالاختبار كما يلي :

مصروف الكهل	لكل كيلو غرام	
في الراحة التامة	٢٥	سعراً
في الراحة النسبية (عمل بسيط)	٣٦	—
في العمل المتوسط	٤٠	—
في العمل الشديد	٤٥	—
في العمل الأشد	٥٠	—

فلما وصلوا الى هذه النتيجة قاموا يبحثون في مقدار الغذاء الذي يجب ان يتناوله هذا الكهل تعويضاً لما يفقده من الحرارة والقدرة وكانوا قد علموا قبلًا ان الاركان الاصلية الغذائية اي السكريات والشحميات والهيوليات اذا تحللت في العضوية انتجت من الحرارة ما يساوي المقدار الذي تنتجه اذا احترقت في مقياس الحرور (كالوريمتر) مع ملاحظة ما يطرح منها خارج البدن كما هو دون ان يتحلل تحللاً تاماً .

فاوصلهم البحث في هذه الناحية الى نتيجة قيمة هي ان السكريات (السكاكر والنشا) والشحميات (مركبات الحموض الدسمة مع الحلوين) هي اوفى

بهذا الغرض من الاغذية الاخرى لاحتراقها التام في العضوية دون ان تبقي بقية ما كما هو ظاهر في المعادلتين الآتيتين :

$$C^6H^{12}O^6 + 6O^2 \longrightarrow 6H^2O + 6CO^2$$

سكر العنب   اكسجين   ماء   بلا ماء الفحم

$$2C^{51}H^{98}O^6 + 145O^2 \longrightarrow 98HO^2 + 102CO^2$$

نخلين (ترى بالمينيد)   اكسجين   ماء   بلا ماء الفحم

وان الهيوليات على العكس لا يمكن ان تستفيد العضوية منها كل الاستفادة لانها لا تحلل تمام التحال فان ١٥ — ١٨ بالمئة من الآزوت الذي تحتوي عليه يطرح خارجاً دون فائدة بشكل بولة (urée) والكمية الضئيلة من الكبريت التي تحتوي عليها هذه الهيوليات كذلك تطرح خارجاً دون فائدة بشكل مركبات كبريتية كما ترى في المعادلة الآتية :

$$2C^{250}H^{409}N^{67}O^{81}S^3 + 532O^2 \longrightarrow 67CO(NH^2)^2 + 6SO^4H^2 + 269H^2O + 433CO^2$$

آحين البيض   اكسجين   بولة   حمض الكبريت   ماء   بلا ماء الفحم

هذا مع لزوم الهيوليات للعضوية لتكوين النسج في الاحداث وترميمها في الكهول لذلك لم يروا مبرراً لاخراجها من زمرة العناصر المهيكلة (كالماء والاملاح).

بعد كل ذلك وبالنظر الى ان ادخالات العضوية يجب على الاقل ان تعوض اخراجاتها وضعوا حاجة الكهل من هذه الاغذية على الصورة الآتية :

اولاً – اخراجات الكهل في حالة الراحة النسبية في ٢٤ ساعة :

أ) ٢٦٠٠ غرام من الماء يطرحها تقريباً :

بالبول	١٣٠٠	غرام
بالبراز	١٣٠	—
بالعرق	٦٥٠	—
بالتنفس	٥٢٠	—
	٢٦٠٠	

ب) ١٣ غراماً تقريباً من الاملاح المعدنية المختلفة ومثله من كلور الصوديوم .

ج) ١٣ غراماً من الآزوت على شكل بولة واسس بورية وحموض آمينية تعادل تماماً فضلات ٨١ غراماً من الهيوليات وتوجد :

في البول	١٢	غراماً .
في البراز	١	غرام

د) ٢٦٥ غراماً من الفحم الموجودة :

في البول	١٠	غرام
في البراز	٥	—
في المحاصيل المطرحة		—
بالتنفس (بلاماء الفحم) .	٢٥٠	
	٢٦٥	

ثانياً – المرتب الغذائي كيمياوياً (لتأمين احتياجات هذا الكهل الحركية والتكوينية) في ٢٤ ساعة :

ماء	٢٦٠٠	غرام
املاح شتى	١٣	»
كلور الصوديوم	١٣	»
هيوليات	٨١	»
سكريات	٣١٠	»
شحميات	١٠٠	»

لان الحرارة الناتجة من هذه المواد مقدرة بالسُعر هي :

هيوليات	٨١ × ٣,٦٨	٢٩٨,٠٨	سعراً
سكريات	٣١٠ × ٣,٨٨	١٢٠٢,٨٠	»
شحميات	١٠٠ × ٨,٤٥	٨٤٥	»
	المجموع	٢٣٤٥	

بحيث يتعادل مقدار الفحم مع المواد المطرحة كما هو جلي (*) :

هيوليات	٨١ × ٠,٥٢	٤٢,٢٠	غرام
سكريات	٣١٠ × ٠,٤٧٥	١٤٧,٢٥	»
شحميات	١٠٠ × ٠,٧٦٥	٧٦,٥٠	»
	المجموع	٢٦٥,٩٥	»

وكذا مقدار الآزوت:

مواد آزوتية ٨١ × ٠,١٦ ١٢,٩٦ غرام (يعادل ١,٢٥ غراماً من الهيوليات لكل كيلو غرام من البدن) .

عند هذا الحد خالوا انهم بلغوا الغاية التي ينشدون فاصطنعوا اغذية

(*) لان نسبة الفحم في الهيوليات هي : ٥٢ بالمئة
وفي السكريات ٤٧,٥ »
وفي الشحميات ٧٦,٥ »

معلومة التركيب كيمياوياً اي اغذية تحتوي بمقدار معلوم ومحدود على جميع الاركان المعلومة اللازمة لادامة الحياة بنسب اعتقدوا بملاءمتها وصلاحها لهذا الغرض حسبما تبين لهم من جداول الاحصاآت والتحليلات الحيوية .

وقام هو بكنس Hopkins سنة ١٩١٢ في هذا الشأن بتجربته الشهيرة الحاسمة فاخذ ١٦ جرذاً بوزن متماثل وعمر واحد وجعل كل ٨ منها في قسم وشرع يطعم ما في كل قسم غذاء مؤلفاً من الهيوليات النقية و الشحميات والسكريات المصفاة والاملاح المعدنية الخالية من الشوائب، وزاد على غذاء القسم الثاني ٣ سم٣ من اللبن لكل جرذ بما يعادل ٤ بالمئة من المادة الجافة من الغذاء المهيأ فشاهد ان الجرذ التي جعل في طعامها اللبن كانت تنمو بسرعة بحيث بلغت بعد ثمانية عشر يوماً ضعف وزنها الاول . اما التي لم يكن في طعامها اللبن فلم تنم ولبثت هزيلة . وفي اليوم الثامن عشر اعطى الجرذ المريضة الهزيلة المقدار المذكور من اللبن وحذفه من غذاء الجرذ التامة الصحة . وما كان اليوم الخمسون حتى رأى الجرذ التي كانت هزيلة قد سبقت وزناً الجرذ التي كانت تامة الصحة فرضت وهزلت بعد قطع اللبن عنها . فاستنبط من هذه التجربة ان انقطاع اللبن يفضي الى اضطرابات في النمو وان اضافة ٣ سم٣ من اللبن يكفي للوقوف دون هذا الاضطراب ولشفاء المضطرب مما يعاني وقال انه يغلب على الظن ان يكون ما ينقص في قسط الطعام النقي مادة او مواد عضوية معقدة التركيب لا تستطيع عضوية الحيوان اصطناعها ويكفي منها مقدار ضئيل جداً للنماء بحيث لا يبعد ان يعد فعل هذا المقدار الضئيل الذي يكاد لا يدرك ، كافعال الوسطاء الكيمياوية (catalyseurs) قال ذلك ودعا

هذه المادة التي لم يعلم كنهها اذ ذاك بعوامل الغذاء الفرعية - (facteurs acces soires فلم يبق بعد هذه التجربة شك في ان الاطعمة الاصطناعية (وان كانت تحتوي على الاركان الاصلية المعلومة اللازمة لتعويض مستهلكات العضوية بالنسب المستنبطة من التحليلات الحيوية والاحصاآت) لا تكفي وحدها صافيةً لدوام الحياة واطراد النمو اذ تنقصها مادة او مواد تعمل على ادامة الحياة وانتظام سيرها .

ومن هذا التاريخ وضعت اسس القضية الحيوية الهامة التي شغلت العلماء ردحاً من الزمن ، بصورة قطعية ومنطقية وهي معرفة ما هي المواد الضرورية لادامة الحياة والنماء ، وابتكرت طرق التحليل الحيوي الحيواني للأغذية ثم أُدخل عليها التحسين واكملت نواقصها وجزم من النتائج التحليلية التي حُصل عليها بعدئذٍ بان هناك علاقة وثيقة بين الاركان الاصلية التي امكن كشفها بتحليل الاغذية الكيمياوي وبين تغذية الحيوانات المخبرية بهذه الاركان الاصلية اي بين الهيوليات والشحميات والسكريات المستخلصات من الاغذية الطبيعية ثم المصفايات من الشوائب التي تصاحبها والمواد المعدنية النقية كيمياوياً والسلولوز النقي الذي اضيف الى القسط الغذائي حشواً اقول بين هذه المواد كلها وبين استفادة الحيوان منها للتغذي والنمو المطرد ثبت وجود صلة وثيقة . وبعبارة اخرى توجد علاقة متينة بين الغذاء الاصطناعي المؤلف من مواد نقية تماماً او مصفاة معلومة التركيب كيمياوياً وبين اغتذاء الحيوان بها اذ لا يمكن للحيوان ان يعيش بمثل هذا الغذاء الاصطناعي الصرف اكثر من ايام معدودات ويموت لا محالة ببطء او بسرعة بحسب نوعه .

الفصل الثاني

في كشف الحيوينات وتصنيفها

بعد هذه النتيجة القيمة التي وصل اليها العلماء ، بدأ اكتشاف العوامل الفاعلة في ادامة الحياة والنمو وكان اولها العامل الذواب في الدسم A اي الحيوين A (facteur lypo-soluble ou vitamineA) .

فاذا جهز غذاء اصطناعي خال من الشحميات مطلقاً مؤلف من :

هيوليات : جبنين مصفى (كازهئين)	١٨	مزيج ملحي رقم ٤٠	٣,٧
سكريات : سكر اللبن (لاكتوز)	٢٠	مادة غفل : آغار آغار	٢
سكريات : نشوين (دكسترين)	٥٦,٣		

واطعم الجرذ الصغار فانها لا تنمو الا في ثلاثة اشهر ثم تأخذ بالهزال وكثيراً ما تحدث فيها آفات خاصة في العين تدعى بتصلب القرنية xerophtalmie واخيراً تموت . فاذا اكمل هذا الغذاء باضافة شيء من الشحميات كدسم الخنزير او زيت الزيتون او السمن او الزبد او استعمل الغذاء المؤلف من :

هضمون العضلات	١٧	مزيج ملحي (اسبورن ومندهل) (*)	٤
زيت الزيتون المغسول بالغول	١٢	مسحوق خميرة الجعة الجافة	٣
سكر القند الاعتيادي	٦٤		

(*) يتألف هذا المزيج الملحي مما يلي :

فحمات الكلسيوم	١٣٤,٨	حمض الفصفور	١٠٣,٢	ليمونات الحديد	٣٤ ,٦
فحمات المانيزا	٢٤,٢	حمض الكلورهدري	٥٣,٤	يود البوتاسيوم	٠,٠٣٠
فحمات الصوديوم	٣٤,٢	حمض الكبريت	٩,٢	كبريتات المنغنيز	٠,٠٧٩
فحمات البوتاسيوم	١٤١,٢	حمض الليمون المبلور	١١١,١	فلؤور الحديد	٠,٢٤٠
				$(SO^4)^2AlK$	٠,٠٢٤٥

تمزج الحموض اولاً ثم تضاف الفحمات وليمونات الحديد والباقيات محلولة ثم يبخر الناتج حتى الجفاف في تنور على حرارة + ٩٠°

يشاهد ما يلي :

اذا اضيف شحم الخنزير او زيت الزيتون لا يرى تحسن في حالة الجرذ الصحية بل تموت في نهاية ٣ اشهر او ٤

اما اذا اضيف ٥ بالمئة من السمن او الزبد فان نمو الجرذ يعود الى حالته الطبيعية والجرذ تعيش، مما يدل على ان الشحميات ليست جميعها ذات قيمة غذائية واحدة فمنها كالزبدة مثلاً ما يحتوي — عدا عن قيمته في توليد القدرة — على مادة يمكن استخلاصها بالغول او الاثير، لا غنى للعضوية عنها لاجل النمو باطراد وادامة الحياة بانتظام.

هذه المادة ذاتها توجد في الخلاصة الاثيرية لمح البيض او كبد الخنزير وهي ذوابة في الدسم وفعالة بمقدار ضئيل جداً وقد دعاها مستخلصوها الاميريكيون (*) بالعامل الذواب في الدسم A .

اما المزيج الملحي رقم ٤٠ المستعمل في هذا الغرض فيتألف مما يلي :

كلور الصوديوم	٢٣٣،٦
كبريتات المانيزا (ذات سبع ذرات ماء)	٢٤٦
فصفات مضاعف الصوديوم (ذات ١٢ ذرة ماء)	٣٥٨
فصفات مضاعف البوتاسيوم	٦٩٦
فصفات مضاعف الكلسيوم (ذات اربع ذرات ماء)	٦٩٨

(*) هم اسبورن Osborne ومندل Mendel وماكولم McCollum وداويس Davis (سنة ١٩١٣) .

لبنات الكلسيوم	١٥٤
ليمونات الحديد	٥٩,٨
يود البوتاسيوم	١,٦

وبعد سنتين اثنتين من هذا الكشف وجدوا هم انفسهم العامل الذواب في الماء B (اي الحيوين B) وذلك انهم قد رأوا ان بعض الاطعمة الاصطناعية التي كانوا يحسبونها تامة لاحتوائها على الزبدة (ينبوع العامل الذواب في الدسم A) لم تكن في الحقيقة كذلك اذ لم تساعد على نمو طبيعي مع ان هذه الاطعمة نفسها التي كانوا يجعلون فيها شيئاً من اللبن التجاري (المشوب ولا ريب) كانت اكثر ملاءمة من التي كانوا يضيفون اليها شيئاً من سكر اللبن النقي كيمياوياً بالتبلير المكرر.

ولما استعملوا من السكريات النشا او نشا البطاطا او النشوين (دكسترين) وجدوا انفسهم مضطرين الى ان يضيفوا الى الطعام الاصطناعي كمية ضئيلة من دقيق الحنطة الناشطة (المنتشة) او دقيق اللبن ٢ ٪ من القسط الغذائي (اي مسحوق خلاصة اللبن الجافة) زيادة عن الزبدة او خلاصة المح (العامل الذواب في الدسم) تأميناً للنمو الطبيعي باطراد وادامة للحياة بانتظام، والا هزلت الجرذ وماتت مصابة باعراض عصبية. فاستنتجوا من ذلك ان في دقيق اللبن ودقيق الحنطة الناشطة وسكر اللبن غير النقي، مادة ضئيلة ذوابة في الماء (وفي الغول ايضاً) يحتم وجودها في الاغذية لتكون صالحة لنمو الجرذ نمواً طبيعياً دعوها (العامل الذواب في الماء B facteur hydro-soluble) تمييزاً من العامل الاول الذواب في الدسم. ووجدوها بالبحث والتنقيب في نخالة الرز (قشر الرز) وبكثرة في خميرة الجعة. وقد توصل فونك Funk

من استخلاص ٠،٤٠ غراماً من المادة الفاعلة من ٥٠ كغ من قشور الرز وهو اول من دعا هذه المادة العاملة في النمو بالحيوين Vitamine منحوتة من كلمتين Vita ومعناها الحياة و amines وهي المركبات العضوية الآمينية لانه وجد بعض هذه المركبات في الخلاصة المشوبة التي حصل عليها من قشور الرز.. ثم تأيد بعد ذلك ان هذه المادة لا تحتوي على المركبات الآمينية ولكن بقي هذا الاسم دائماً بين الناس والعلماء بالرغم من ذلك .

وعلى هذا تأيد بصورة لا تقبل الريب والاعتراض ان الاغذية الطبيعية تحتوي على عاملين ضروريين للحياة والنمو احدهما ذواب في الدسم وهو الحيوين A والآخر ذواب في الماء وهو الحيوين B .

ثم انبرى علماء آخرون (*) للدرس والبحث والاختبار لا على الجرذ بل على الحمام وتوصلوا لمعرفة ان للحيوين B انواعاً :

١ً — نوع ضد الاعراض العصبية ، يتأثر من الحرارة والقلويات ،

٢ً — ونوع ينبه التغذية بالخاصة ، يقاوم الحرارة ولا يقاوم القلويات ،

٣ً — ونوع ينبه الخلية ، يقاوم الحرارة والقلويات .

وكأن الغيرة قد دبت في قلوب العلماء فدفعتهم الى التسابق في هذا المضمار مضمار كشف الحيوينات لا لغاية التفاخر في الكشف بل لهدف اسمى من ذلك وأجل هو خدمة الذين كانوا يعانون ويلات بعض الامراض العجيبة الفتاكة التي لم يكن الطب يعلم عنها الا النذر اليسير .

ساروا الى هذا المقصد النبيل بهمة لا تعرف الكلال فتكلل مساعيهم

(*) منهم مدام راندوان Mme Randoin ولوكوك R.Lecoq سنة (١٩١٨ — ١٩٢٥)

بالتوفيق فكشفوا العامل الذواب في الماء C (اي الحيوين ضد الحفر) فنجّوا من آفات هذا الداء الوبيل ومصائبه الالوف من الافراد والأسر التي كانت تصاب به ولا تعلم اسبابه ولا طرق معالجته ولا اتقائه !

اما تاريخ بحثهم هذا لجدير بالاعتبار اليك نبأه بايجاز :

اذا اجريت التجارب الآنفة على الجرذ والحمام تستحصل دائماً النتائج السابقة ذاتها . ولكن اذا اطعم عدد من السمور Cobayes غذاء اصطناعياً بعد تاماً ، مؤلفاً من هيوليـات وخميرة الجعة (ينبوع الحيوين B) ودسم الزبدة (ينبوع الحيوين A) وسكريات ومواد معدنية ، وطعام غفل (ورق ترشيح مثلًا) فان جميع هذه السمورات -- دون استثناء -- كانت تصاب بعد ثلاثة اسابيع باضطرابات وخيمة من نحو آفات عظمية وآفات نزفيـة (تلك الاعراض الخاصة بداء الحفر) تنتهي بموتهن في ختام الشهر . ولـكن اذا اضيف الى طعامهن الصنعي المذكور شيء من عصير بعض الأثمار كالليمون او البرتقال او عصير بعض الخضراوات الطازجة فانهن يشفين مما اصبن ويستمدن نشاطهن مما يؤيد ان الاغذية الطبيعية تحوي الى جانب العاملين A و B ، عاملًا خاصاً آخر ذواباً في الماء ايضاً يحول دون الحفر ، هذا العامل الذي لا تحتاج اليه الجرذ والحمام في نشوها وحياتها والذي يحتم وجوده لحياة السمور والكلب والانسان ، سمي (الحيوين C)

فلما رأى العلماء النجاح الباهر الذي حصلوا عليه في كشف الحيوينين A و B ومداواة داءي الذُرة والحفر بهما وجهوا همتهم شطر الداء المسمى بالحرع (الـكساح) وخطر لهم ان يكون سببه خلو الغذاء من عامل فمال

يشبه الحيوين فقام منهم الاستاذ ملانبي Mellanby بتجارب قيمة على الكلب وتمكن من احداث مرض الخرع فيه بشكل اوصافه واعراضه واخيراً استطاع معرفة ان الاغذية التي تحتوي على العامل الفعال الموجود في زيت كبد الحوت تمنع حدوث الخرع في الحيوان كما انها تشفيه بعد حدوثه فيه وانه ان كان للحيوين A خاصة ضد الخرع فانها بدرجة تكاد لا تذكر .

وثبت لغيره من المجربين ان لنسبة الفصفور في الغذاء الى الكلسيوم فيه علاقةً في الخرع بحيث اذا نقص الفصفور مثلاً وزاد الكلسيوم في الغذاء بدت اعراض الخرع، وزالت اذا اضيف الى الغذاء شيء من الفصفور بأي شكل من الاشكال التي يوجد عليها في الاغذية المعروفة التركيب .

وعلى هذا لم يبق ريب في وجود حيوين يضاد الخرع (مختلف تمام الاختلاف عن الحيوين A ، بكونه مقاوماً للمؤكسدات) في البقية غير المتصبنة من المواد الدسمة تقرب بطبيعتها من المواد المسماة (ستيرول Stérols). هذا الحيوين الجديد سمي (الحيوين D). ومن الغريب ان المادة المعروفة التركيب المسماة (أرغوستيرول érgostérol) غير الفعالة بحالتها الطبيعية تصبح ذات خواص عجيبة ضد الخرع متى جعلت عرضة الى الاشعة الضوئية.

واتسعت دائرة البحث والدرس في الاغذية وصلاح كل منها فيما خصها الله به من فائدة . ولم تقف همة الاحيائيين عند هذا الحد بل تقدموا ايضاً خطوات اخرى في ناحية عوامل التناسل والانتاج وقاموا يبحثون عن العامل الفاعل في نشاط الاعضاء المنتجة وتبين لهم ان للبن (الحليب) — اذا جعل في القسط الغذائي كما هو — شأناً عظيماً في حسن سير وظائف

الاعضاء التناسلية .

وتعمق آخرون في التمحيص فبدا لهم ان اللبن اذا زادت كميته عن حد معلوم (كأن يجعل القسط الغذائي كله أو اكثره من اللبن المجفف) لم يعد طعاماً كاملاً بالمعنى الذي يتطلبه الاخيائيون ولا مفيداً في التناسل لقلة احتوائه على الحديد فهو يحتاج في جعله كاملاً لاضافة شيء ولو قليل من دقيق الحنطة الناشطة .

وبرهن ايوانس Evans وسوره Sure بابحاثهما التي استمرت ثلاث سنوات كاملات ان الاضطرابات التي تشاهد في تغذي الجنين او في تكوّن الحيوانات المنوية لدى تناول طعام صنعي معلوم لم يكن سببها فقدان العاملين (A) و (B) في هذا الغذاء الاصطناعي ولا فقدان العامل D ضد الخزع ولا سوء توازن الاملاح المعدنية ايضاً ، انما سببه فقدان مادة خاصة ذوابة في الدسم موجودة في الجزء اللاموزون من الاغذية (non-dosé alimentaire) سماها (الحيوين E) الموجود بكثرة في الزيت المستخلص من الحنطة الناشطة وغيرها من الحبوب وفي دسم العضلات ودسم الكبد .

اما العامل الذواب في الماء P اي الحيوين ضد مرض الفاقة (البلاغر) فكان اكتشافه ثمرة درس العالم غولدبرجير Goldberger ومعاونوه وتجاربهم التي قاموا بها بصبر واناة على اغذية خاصة معلومة تبين لهم بنتيجتها ان في اللبن وخميرة الجعة ولحم العضلات عاملاً ذواباً في الماء ضد مرض الفاقة يتصف بمقاومته الشديدة للحرارة . (للبحث صلة)

❀❀❀

جناح المستعمرات في حي جامعة مونبيليه

سيؤم فرنسة بعد بضعة اسابيع نفر من حملة البكالوريا الجدد في بلاد الانتداب رغبةً في اكمال دروسهم العالية في جامعاتها

أجل ، انهم يغادرون بلادهم فرحين واثقين بالمستقبل ، ولكن قد يمازج فرحهم شيء قليل من الحزن فان جهلهم لحياتهم الجديدة المقبلة وغربتهم وتخوفهم من برد الشتاء القارس يقلقهم ويقض مضجعهم .

مع ان فرنسة لم تهمل امر هؤلاء الطلاب ولم تنسهم بل اعدت لهم في اجمل بلد من بلاد ساحل البحر المتوسط في بلد صافية سماؤه دافىء مناخه ، في بلدة مونبيليه ، جناحاً تحف به جنائن حي الجامعة وقد راعت فيه فروق طلاب بلاد ما وراء البحار

ان مقالاً قصيراً كهذا المقال ليقصر عن تعداد المساعدات الكثيرة التي ستقدمها مونبيليه وجامعتها الشهيرة لاولئك الطلاب وليعجز ايضاً عن تعداد مختلف المتع المادية والفكرية والمعنوية التي اعدها مؤسسو حي الجامعة لاصدقائهم الطلاب نابذين كل مطمع تجاري . فعلى الراغب في الاستزادة ان يستعلم من مدير معارف بلاده او من مديري المدارس .

واخيراً لا بد من القول بان جمعية مساعدة الاغراب في مونبيليه اخذت على عاتقها ان تجمع طلاب بلاد ما وراء البحار القاطنين في حي الجامعة وتسدي اليهم دوماً بالنصائح وتشجعهم ليكونوا في بيئة غير غريبة عن بيئتهم .

وختاماً نتمنى ان تردد جوانب الجناح الاستعماري من حي جامعة مونبيليه ضحكات الطلاب العديدين وان يصل الينا الصدى من وراء البحار .

الجزء ٤ المجلد ١٢

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٧ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٦ هـ

خمس مشاهدات انفتال السين الحرقفي

عولجت بالقطع والخياطة البدئية وشفيت

للعليم مرشد خاطر استاذ الامراض والسريريات الجراحية

ليس انفتال السين الحرقفي آفة قليلة المصادفة في سورية وليست التوسطات التي يتبعها الجراحون في مكافحتها واحدة. واذا ما ضربنا صفحاً عن إمراض (pathogénie) هذه الآفة وتعليل كثرتها في بلادنا لان إمراضها لا يزال غامضاً فاننا نرى فائدة في بيان الخطة التي نتبعها في المعالجة بعد ان صادفنا خمس حادثات انفتال جديدة في سياق السنتين ١٩٣٥ و ١٩٣٦ وصادف زملاؤنا في شعبتنا الجراحية نفسها عدة حوادث اخرى لجروا في معالجتها على الخطة التي اتبعناها وكلل معظمها بالنجاح

ان الطرق الجراحية المستعملة في معالجة انفتال السين الحرقفي كثيرة

نذكر منها : الشرج الاصطناعي وفك الانفتال البسيط واستخراج العروة بدون قطعها وقطع العروة البدئي او الثانوي وخياطة طرفيها بالجرح الجراحي وقطع العروة وخياطة طرفيها احدهما بالآخر والى آخره . . . .

١ — اما الشرج الاصطناعي فوق العائق فهو وسيلة خطرة فضلاً عن انه لا يكفي لانه اذا اعاد الى العروة المنفتلة في بعض الحالات دورانها بانقاص التوتر فيها فهو لا يمنع الآفات التي احدثها الانفتال عن متابعة سيرها والافضاء الى الغنغرينة فالى الانثقاب .

٢ — وفك الانفتال البسيط واسطة ملطفة لا تمنع النكس بعد بضعة اشهر وقد شاهدنا مريضين فتح بطن كل منهما مرتين في احد مستشفيات دمشق حيث اكتفي بفك الانفتال فقط ففتحنا بطنيهما ثالثة وقطعنا عروتيهما فلا يستحسن والحالة هذه فك الانفتال وحده الا اذا عددناه الزمن الاول لمكافحة الانسداد الحاد على ان يتلوه بعد بضعة اسابيع قطع العروة .

٣ — وتثبيت السين والقولون بعد فك الانفتال وتجعيد الرباط لا تفضل نتائجهما نتائج فك الانفتال الصرف فضلاً عن ان السين اذا كان متوسعاً وجسيماً وهذا ما يصادف في الغالب يصعب رده الى البطن بعد ان يكون قد خرج منه .

٤ — واستخراج العروة وتثبيتها في الخارج ثم قطعها بعد يوم او بضعة ايام لا نشير به لاننا لا نرى اقل فائدة في بقاء عروة جسيمة ملأى بسائل عفن ولو كان قد افرغ بعض ما فيها بمسبار المستقيم او بعروة فتحت فيها .

وقطع العروة المنفتلة قطعاً بدئياً هو التوسط المفضل الذي تجنى منه

النتائج الثابتة واما خياطة طرفيها بجدار البطن او خياطة احدهما بالآخر خياطة بدئية فتابعة لحالة العروة التشريحية فاذا كانت جدر العروة متبدلة تبدلاً شديداً وآفاتها متسعة قطعت العروة وثبتت بجدار البطن وهذا اضمن واما اذا كان التبدل خفيفاً واذا استعادت العروة لونها بعد فك الانفتال او اذا كان الموات لا يمتد بعيداً حتى ذنبها فتفضل بعد قطع العروة خياطة طرفيها خياطة بدئية انتهائية انتهائية .

هذه هي المعالجة التي اجريناها في المرضى الخمسة الذين صادفناهم في هذه الآونة الاخيرة واننا ننقل في ما يلي مشاهداتهم باختصار .

المشاهدة الاولى : أ . ش مسلم عمره سبعون سنة دخل المستشفى العام بدمشق مساء ٢٨ كانون الثاني سنة ١٩٣٥ الساعة الثامنة عشرة. اصيب المريض قبل دخوله المستشفى بعشرين ساعة بآلام بطن شديدة اعترته نوباً كانت تحتد وتهجع وكان اشدها في اسفل البطن يرافقها انحباس الغائط والغازات . وقد قاء المريض مرة وهو في بيته بعد بدء آلامه بست ساعات

واخبرنا هذا الشيخ ان آلاماً بطنية خفيفة كانت تعتريه في سياق السنوات الثلاث الاخيرة وكانت لا تستمر الا بضع دقائق وتزول بتمسيد البطن بزيت الزيتون الحار وكان المريض متى بدت نوبة ألمه يضطجع على ظهره بضع دقائق فيزول ألمه ويتمكن من العودة الى عمله في الحقل .

ولا يذكر المريض عدد النوب التي اعترته ولكنه يظن انها لا تتجاوز اربعاً في السنة . وبما ان الألم لم يهجع هذه المرة بعد استعمال الوسائط المألوفة التي اعتادها استشار المريض احد اطباء بلدته فوصف له مشروباً مسكناً

فلم يسكن ألمه فارسله الى المستشفى العام مشخصاً مرضه انسداد الامعاء .

وقد راقب طبيبنا الداخلي المريض في المستشفى ساعتين فثبت له التشخيص واستدعاني بعد ان انهض قوى المريض بالزيت المكوفر والمصل:

المعاينة: البطن متطبل بعض التطبل وفي نصفه الايسر تحدب وفي المأنة (الناحية حول السرة) وضوح وفي الخاصرتين خرس (matité) متبدل بتبدل وضعة المريض والشعور بصدمة الموجة المائية جلي فالحبن لا شك فيه .

وبقيت الآلام في المستشفى متصفة بالصفات نفسها وكان التحدب في النصف الايسر من البطن يزداد في اثناء النوب . ولم يشعر بشيء بمس المستقيم . وقاء المريض مرة ثانية في المستشفى مواد مسمرة وحالته العامة حسنة نبضه ٩٠ وحرارته ٣٧,٣ .

العملية: اجريت في الساعة الحادية والعشرين اي بعد دخول المريض بثلاث ساعات وبعد بدء آلامه بثلاث وعشرين ساعة .

شق البطن على الخط المتوسط تحت السرة وفوقها بعد ان خدر المريض تخديراً عاماً بالايثر وحقن تحت جلده بعشرين سم٣ من المصل المضاد للمكورة الرئوية بقصد الوقاية من العراقيل الرئوية . واننا نستعمل هذا المصل في معظم التوسطات الخطرة على الشيوخ . فلم نكد نشق جوف الصفاق (الباريطون) حتى تدفق سائل مدمى غزير وبرز السين الحرقفي من الشق وكان يعلو حتى قبة الحجاب . وقد تحققنا بعد ان اخرجناه انه محتقن ومرتشح ولمن عليه هنا وهناك بعض الصفائح الكدمية غير ان جدره لم تكن متبدلة تبدلاً شديداً .

وبعد ان القينا نظرة عجلى على هذه العروة ظهر لنا انها كانت منفتلة على نفسها وان ذنبها ضيق ويتكوم بعض التكوم .

فأدرنا الانفتال دورتين كما تدار عقارب الساعة فبدا لنا الرباط مرتشحاً ولكن اوعيته لم تكن مسدودة لان العروة استعادت لونها الطبيعي بعد فك انفتالها . فوضعنا منقاشين ضابطين في كل جهة محددين القسم الذي يجب قطعه من هذه العروة الجسيمة وقطعناه ثم اتبعنا القطع بخياطة انتهائية انتهائية وخطنا الرباط خياطة متقنة لقينا بعض الصعوبة في تحقيقها لان الخيوط كانت تمزق هذا الرباط المرتشح . ثم اغلقنا البطن طبقة واحدة بخيوط شبه (bronze) ولم نفجر وحقنا تحت جلد المريض بالمصل الصناعي والزيت المكوفر ووريده بالمصل الملحي الزائد التوتر

كانت توابع العملية عادية . ظهر في الايام الثلاثة الاولى فقط احتقان رئة خفيف وعلت الحرارة في اثنائها الى ٣٨ ولعلها كانت اشتدت لو لم يحقن المريض بالمصل المضاد للمكورات الرئوية وعادت الحرارة الى الدرجة الطبيعية في اليوم الرابع .

وانفرغت الامعاء عفواً في اليوم الخامس

ونزعت الخيوط في اليوم الثالث عشر

وترك المريض المستشفى في اليوم الثامن عشر .

<u>المشاهدة الثانية :</u> امرأة عمرها ٦٥ من حوران متزوجة ولها اربعة اولاد اصحاء البدن .

سوابقها : قولنجات معوية متقطعة ، قبض عادي ، نوب انسداد خفيفة

منذ خمس سنوات تستمر ٢ — ٣ ايام وينقطع الغائط في اثنائها وتنفرغ الغازات .

اعتراها في ١٢ شباط سنة ١٩٣٦ ألم فجائي في اسفل البطن فتطبل ووقفت الغازات والغائط ، ولم تظهر الاقياء ، اعطيت وهي في قريتها مسهلاً زيتياً في اليوم الثالث لبدء آلامها ومسهلاً آخر في اليوم السابع فقاءتهما ولم تتغوط .

دخلت المستشفى العام بدمشق مساء عشرين شباط سنة ١٩٣٦ وكانت حالتها العامة سيئة والزلة (dyspnée) السمية بادية عليها ، نبضها ١٠٠ خيطي حرارتها ٣٧,٥ ، بطنها متطبل تطبلاً شديداً مع ألم شديد في اقسامه السفلى ولا سيما في اليسار . لم يظهر شيء بالمسين المهبلي والشرجي .

العملية: فتح بطنها في الساعة العشرين على الخط المتوسط تحت السرة وفوقها في اليوم الثامن لبدء الانسداد فلم يكد يشق الصفاق حتى برزت عروة السين الجسيمة وخرجت عفواً من البطن . وكان في جوف الصفاق انصباب مدمى غزير وكانت العروة منفتلة على نفسها غير ان الانفتال لم يكن مشدوداً الامر الذي اخّر الموات (sphacèle) عن الظهور وكانت العروة ورباطها مرتشحين ارتشاحاً كبيراً .

فقطعت العروة الجسيمة وخيط طرفاها خياطة بدئية واغلق البطن طبقة واحدة بخيوط شبه وبلا تفجير .

كانت توابع العملية حسنة ولم تطرأ اقل طارئة وتركت المريضة المستشفى في ١٣ اذار ١٩٣٦

المشاهدة الثالثة : انما نختصر هذه المشاهدات الثلاث الباقية لان الاعراض وسوابق المرضى فيها متشابهة وفي ايرادها كاملة تكراراً لافائدة منه واضاعة لوقت القارىء .

رجل من سحنايا (دمشق) عمره ٤٠ سنة دخل المستشفى العام بدمشق في ١٢ ايار سنة ١٩٣٥ مصاباً بانفتال السين منذ خمسة ايام . وترك المستشفى في ١٢ نيسان سنة ١٩٣٥

المشاهدة الرابعة : وجل من حماه عمره ٤٥ سنة دخل المستشفى في ١٦ ايار سنة ١٩٣٥ مصاباً بانفتال السين منذ خمسة ايام وترك المستشفى في ١٢ حزيران سنة ١٩٣٥

المشاهدة الخامسة : رجل من حوران عمره ٣٥ سنة دخل المستشفى العام بدمشق في ١٨ ايلول سنة ١٩٣٥ مصاباً بانفتال السين منذ يومين وترك المستشفى في ١٢ تشرين الاول سنة ١٩٣٥

وقد روى هؤلاء المرضى الثلاثة كما روى المريضان الاولان انهم كانوا مصابين بقبض عادي ونوب انسداد خفيفة تامة على اتجاه العروة الى الانفتال وان هذه النوب كانت تزول باتخاذ المريض وضعاً خاصاً او بتمسيد جدار البطن .

وجميع المرضى الذين اتينا على ذكر مشاهداتهم كانوا يتغذون بالاغذية النباتية ولا يأكلون اللحم الا مرة او مرتين فقط في السنة .

وقد قطعت في المرضى الثلاثة عروة السين كما في المريضين السابقين وخطت طرفيها خياطة بدئية انتهائية انتهائية . واغلقت البطن طبقة واحدة

بخيوط شبه ولم افجر البطن وقد نالوا جميعهم الشفاء بلا ادنى عارضة .

. . . .

ان هذه المشاهدات الخمس على الرغم من قلة عددها اذا ضمت اليها المشاهدات الاخرى التي اجرى زملاؤنا الآخرون في الشعبة عملياتها وكللت بالنجاح لبرهان ساطع على تفوق القطع والخياطة البدئية في انفتال السين الحرقفي على العمليات الاخرى التي جئنا على ذكرها في صدر هذا المقال فما من واحدة منها تعيد الى العروة حالتها التشريحية الطبيعية وتقيها خطر النكس وتمكن المريض من معاودة اشغاله في خلال مدة قصيرة واننا نستنتج من هذه المشاهدات النتائج التالية :

١ – ان غزارة المصل المدمى في البطن تابعة لشدة الانفتال وليس لقدمه فان مريض المشاهدة الاولى كان الانصباب في بطنه غزيراً مع ان انفتاله لم يقع الا منذ ثلاث وعشرين ساعة بيد ان مريض المشاهدة الثانية قد مرت على انفتال عروته ثمانية ايام وكان انصبابه اقل .

٢ – ان الخياطة البدئية عملية لا خطر منها اذا أتقن صنعها فان احصاءنا هذا القليل كان الشفاء فيه مائة بالمائة على الرغم من سوء حالة بعض المرضى قبل اجراء عملياتهم .

٣ – ان هذه الخياطة جائزة متى لم تكن جدر العروة متبدلة تبدلاً شديداً ولو كان الرباط مرتشحاً لان الارتشاح وحده لا يعد سبباً كافياً للامتناع عن الخياطة ما زالت الاوعية مفتوحة ونازفة .

❀ ❀ ❀

الاستدماء الذاتي (l'autohémothérapie)

في حياة المرأة التناسلية

بينما كان ابرامي منذ زهاء خمس عشرة سنة يعالج امرأة مصابة بداء الدمامل بالاستدماء الذاتي حمات بعدأن اجرى الحقنة الثالثة لها مع انها كانت متزوجة منذ مدة ليست بقصيرة ولم تحمل على الرغم من شتى الوسائط التي استعملتها .

وقد ظن ابرامي للوهلة الاولى كما يظن سواه ان الحمل قد تمّ صدفة وان الاستدماء الذاتي لم يكن له به اقل علاقة. غير ان الدرس السريري والتحريات الاختبارية التي قام بها مع جان دلزاس وروبار وليبخ اثبتت ان الصدفة كلمة جوفاء لا معنى لها وان للاستدماء فعلا لا ينكر .

ولم يقتصر الدرس الذي قاموا به بعد ان تحققوا فائدة الاستدماء على معرفة تأثيره في نساء يخيل انهن عقيمات للوهلة الاولى بل اختبروه ايضاً في اختلالات الطمث الطارئة في سياق حياة المرأة التناسلية ولاسيما في نهايتيها اي في زمن البلوغ والضهي (ménopause) فبدا لهم انالاستدماء الذاتي الخالي من الخطر ناجع جداً في جميع هذه الحالات وبما انهذه الخطوةجديدة في فن المداواة رأينا ان نوقف القراء الكرام عليها .

ولا بدّ قبل ذكر النتائج من تعيين الطريقة التي اتبعها هؤلاء المختبرون

لان حسن النتائج مرتبط بها: بدأوا اولاً بجمع عشرين سم٣ مكعباً من الوريد وحقنوا بها لحمة الالية او عضلتها في الحال وكرروا هذه الحقنة كل اربعة او خمسة ايام. والحقن الواجبة لثبات النتائج ست الى عشر ولو بدا التحسن بعد الحقنة الاولى او الحقنتين الاولاوين.

غير انهم لحظوا ان هذه الطريقة ليست ناجعة في جميع الحالات فانها قد تخيب فلا تظهر منها اقل فائدة او قد تزول فائدتها بعد بضعة اشهر فتستدعي حالة المريضة اعادتها. ولهذا اختبروا عدة طرق من شأنها اعادة الدم اجنبياً واشد فعلاً. وقد اقتبسوا هذا الامر من رافو الذي اشار بحقن دم اجنبي في معالجة الامراض الجلدية تنشيطاً للاستدماء الذاتي. ولا تختلف الطريقة الا بجمع الدم من وريد شخص آخر عوضاً عن جمعه من وريد المريض نفسه وحقن الالية به وقد اشار براتوريوس في السنة ١٩١٣ بالاستدماء الاجنبي الوريدي الذي جنى منه نتائج باهرة في معالجة الامراض الجلدية حتى بعد حقنة واحدة.

والطريقة الثانية هي ان يغالى في جعل الدم اجنبياً وذلك بحله في الماء المقطر قبل حقن الالية به. وعشرون ثانية يلامس بها الدم الماء المقطر كافية لبلوغ هذه النتيجة. وتعود الحقنة اشد ايلاماً بعد هذا المزج غير ان الدم يسهل غؤوره.

والطريقة الثالثة التي يستعملها تزنك في فرنسة باهرة النتائج وهي الاستدماء الذاتي الوريدي بعد اعادة الدم اجنبياً بحله في الماء المقطر وذلك ان يكون في المحقنة ماء مقطر قبل استنشاق الدم من الوريد بها فيمتزج به في المحقنة

نفسها ويكفي عادة ٢ – ٣ سم٣ من الماء المقطر لعشرة سم٣ من الدم واما مدة الملامسة فهي عشرون ثانية عدا الوقت الواجب للاستنشاق والحقن

واستعمل المختبرون في بعض من الحالات الخاصة عوضاً عن الماء المقطر ماء اورياج (Uriage) المكبرت غير انهم شاهدوا في المرضى بعد الحقن ارتفاع الحرارة الى ٣٨ او ٣٨،٥ وبعض النوافض والغثيانات مع ان شيئاً من هذا لم يحدث في الطرق الآنفة الذكر .

وفي اطالة فترة الحقن وجعلها ٤ – ٥ ايام خلافاً لوصية رافو القائلة بجعلها يومين فقط فائدة اثبتتها مشاهدات المختبرين . وتجوز اطالة الفترة اكثر من ذلك كما لو كان الطبيب ينتظر زوال التفاعل الذي احدثته الحقنة الاولى قبل ان يجري الحقنة الثانية

. . . .

وبعد سرد هذه المقدمة يأتي المختبرون على ذكر النتائج التي حصلوا عليها في مكافحة عقم لم يبدُ سبب ظاهر له .

كانت مشاهداتهم الثلاث الاولى عن نساء فتيات طمثهن منتظم راغبات في الامومة ولم يحصلن عليها على الرغم من الوسائط التي استعملنها عولجن بالاستدماء الذاتي لاصابتهن بداء الدمامل . والشرى ، والشقيقة فحملن بعد الطمث الاول الذي عقب معالجتهن بدمائهن نفسها وزالت عنهن عوارض الادواء التي عولجن بالاستدماء لاجلها .

وبعد هذه النتائج الثلاث الحسنة وسع المختبرون دائرة اختبارهم فتحققوا ان العقم كان يزول في عدة نساء بعد سلسلة واحدة من الاستدماء الذاتي

فكن يحملن مرات متتابعة غير محتاجات الى اعادة المعالجة وان غيرهن كن يحتجن الى اعادة الاستدماء في كل حمل وان فئة ثالثة من النساء لم يكن عقيمات بل انهن حملن مرة ومرت مدة طويلة على حملهن الاول فعولجن بالاستدماء لعودة الحمل .

غير ان المختبرين وقد ذكروا النتائج الحسنة في كثيرات يقرون ان الاستدماء الذاتي لم يأتِ باقل نتيجة في نساء اخريات . وهذا ما حداهم الى الاستعاضة عن الاستدماء الذاتي بالاستدماء الاجنبي بدم الزوج فلم تكن النتائج افضل ، والى اشراك الاستحرار (la diathermie) مع الاستدماء وقد حصلن به على بعض من النتائج الحسنة فان امرأتين عولجتا بالاستدماء الذاتي فلم تحملا وقد حملتا بعد معالجتهن بالاستحرار كما ان ثلاثاً أخريات عولجن بالاستحرار ١٠ – ١٥ جلسة فلم يحملن وقد حملن بعد بدء السلسلة الاولى من الاستدماء الذاتي

وليعلم ان الاستدماء الذاتي مفرداً كان او مشتركاً لا يفيد الا متى كانت اسباب العقم مجهولة ولم تكن مرتبطة بآفة عضوية . ولا تستعمل هذه الطريقة الا بعد ان تتحرى النطف في مني الرجل وبعد ان يعرف ان مفرزات مهبل المرأة ليست شديدة الحموضة وان رحمها غير ملتهبة ولا منعطفة انعطافاً شديداً وان عنق رحمها ليس ضيقاً وان نفيريها مفتوحان . فلا بد والحالة هذه من ان يعاين طبيب نسائي المرأة معاينة دقيقة وان يكمل معاينته بالتشخيص الليبيودولي اذا ما رأى حاجة اليه .

. . . . .

وقد افاد الاستدماء الذاتي فائدة كبيرة في البنات الفتيات اللواتي عسر طمثهن واختل وغزر ورافقته آلام وصداع وغثيان وقيء فكانت لا تصنع الحقنة الرابعة او الخامسة حتى يخف النزف الطمثي ويزول الألم والدعث الذي كان يتقدم الطمث ويرافقه. وكانت النتائج تتضح في الحالات الاحتقانية المرافقة للطمث : اللفحات الحارة ، وتبدلات الحرارة وسواها فانها كانت تزول في الطمث الذي يلي المعالجة. ولا يخفى ما لهذا الامر من الشأن من الوجهة الامراضية.

ولا يعنى بهذا ان الاستدماء الذاتي ناجع في عسر الطمث على الاطلاق فقد لا يفيد مطلقاً فيه ولكن بما ان الاستدماء خالٍ من الخطر فاذا لم يفد وحده كان في اشراكه مع الاستعضاء (opothérapie) اكبر الفوائد سواء اجرعت خلاصة الغدد او حقنت بها اللحمة.

ولا يفيد الاستدماء الذاتي الا متى خلت الاعضاء التناسلية من آفة عضوية ولكنه يخيب متى كان المبيض كيسياً متصلباً او كان عسر الطمث غشائياً او كان عيب في الرحم او انقلاب فيها او ضيق في العنق وليعلم ان حادثات الاحتقان الموضعي كانت تخف حتى في هذه الحالات نفسها.

وقد افاد الاستدماء الذاتي في بعض من النزوف الناجمة عن الاورام الليفية مع ان الاشعاع لم يشرك معه. غير ان فعله في هذه الحالات نادر ولا يجوز الاعتماد عليه فيها.

....

وبعد ان تحقق فعل الاستدماء الذاتي الحسن في الحادثات الاحتقانية

الرحمية المبيضية وجب اختباره في سياق الحادثات الوعائية الحركية الموضعية والعامة التي ترافق الضهى فثبتت فائدته في جميعها سواء الشخصية منها كاللفحات الحارة والدوار والخفقان ، وحس الانتفاخ ام المرئية كالتبدل الوعائي الحركي واختلاف الضغط والنزوف الرحمية وهذه النزوف كانت تنقطع كما لو كانت في البنات والنساء الفتيات ولا سيما متى كان حجم الرحم وقوامهـا طبيعيين حتى انها كانت تحسن ايضاً متى كانت الرحم ليفية كما يقع في زمن الضهى .

واذا شئنا ان نجمل بـكلمتين فعل الاستدماء الذاتي في سياق اضطرابات الضهى قلنا انه يخفف التشوشات الالمية والنزفية ويمحو التشوشات الحركية الوعائية الشخصية منها والمرئية .

واما تأثير الاستدماء الذاتي في هؤلاء النسوة اللواتي بلغن زمن الضهى فتختلف مدته . فقد تـكون النتائج قاطعة منذ السلسلة الاولى فلا يحتجن بعدها الى سلسلة اخرى وقد لا يدوم تأثير الاستدماء الا ستة اشهر او سنة واذا ما اعيدت سلسلة ثانية لهؤلاء فلا تفيد فائدة السلسلة الاولى . ولـكن اذا اعيد الدم اجنبياً وحقن الوريد به عوضاً عن ان يكتفى بالاستدماءالذاتي حسنت النتائج .

يستنتج مما تقدم ان الاستدماء الذاتي يؤثر تأثيراً حسناً في التشوشات الطارئة على حياة المرأة التناسلية جميعها ولو اختلفت مظاهرها .

. . . .

ولا يخفى ان جهل العوامل الحقيقية التي تؤثر في احداث النتائج لم تمكن المختبرين من اثبات نسبة مئوية بين ما ينجح منها وما يخيب في النساء

ولهذا لجأوا الى اختبار هذه الطريقة في الفرس، فعالجوا بها ١٣ فرساً اصيلة كانت لا تزال عقيمة منذ عدة سنوات مع انه كان ينزى عليها في الاوقات المناسبة . فحملت سبع منها وسار حملها سيراً طبيعياً ووضعت . والامر الذي يستلفت النظر هو ان هذه الافراس السبع لم ينز عليها الا مرة واحدة وذلك في اليوم الذي حقنت به بعشرين الى اربعين سم٣ من دمائها او من دم الحصان الاجنبي . واما الافراس الست الاخرى فقد كررت حقن الاستدماء فيها ونزي عليها مرات فلم تحمل . وبعد ان فتحت جثث هذه الافراس تبين ان في اثنتين منها آفات موضعية : في احداهما مبيضان متصلبان كيسيان وفي الثانية التهاب الرحم القيحي ، فاذا ما حذفنا من الاحصاء هاتين الفرسين المصابتين بآفات موضعية تمنع الحمل قلنا ان الطريقة ناجحة بنسبة ٧ من ١١ من الحوادث .

. . . .

وبعد ذكر ما تقدم من النتائج في السريريات والاختبار يحق لنا التساؤل عما اذا كانت هناك آلية إمراضية عامة تربط هذه الحادثات التي تبدو متباينة لان الاستدماء يفعل في معظمها فعلاً حسناً فهو يقطع النزف الرحمي الغزير ويشفي الصداع المستعصي كما انه ينظم الطمث ويمحو اللفحات الحارة التي لا تخضع لعلاج كيماوي او استمضائي(opothérapique) ويشفي الشرى وداء الدمامل الناكس ويجلب الحمل الذي كانت تطلبه المرأة عبثاً .

وغير نكير ان معظم هذه الاضطرابات يتحسن باستعمال طرق اخرى : الحقن بالحليب ، والهضمون ، والمعادن الغروية التي تفعل باحداثها الصدمة

فلا عجب اذا ما كان للاستدماء الذاتي فعل مشابه باحداثه نوعاً من الصدمة لان الدم بعد استخراجه من العرق وملامسته للمحقنة يصبح آحيناً اجنبياً .

ويظهر ان دم المريضة نفسه هو افضل آحين اجنبي لها لانه الاكثر موافقةً لبدنها ولانه يحدث فيها اخف صدمة ممكنة لا تكاد تشعر بها المريضة غير ان هذه الصدمة على خفتها كافية لاحداث فعلها الدوائي الناجع.

ويظهر ايضاً كما ذكر آنفاً ان الدم يزداد فعله اذا ما اعيد اجنبياً باطالة ملامسته للمحقنة بدون ان يبلغ مع ذلك حدّ التخثر او بحقن دم اجنبي مأخوذ من شخص آخر او بحل الدم بمقدار من الماء المقطر قبل الحقن به .

واذا ما حللنا فعل الاستدماء الذاتي تحليل الناقد المجرد خيل الينا ان الصدمة التي يحدثها تؤثر بتفاعل وعائي حركي وعرقي شبيه في بعض الحالات بالتفاعل الذي تحدثه الموجات القصيرة والاستحرار التي تنشط فعل الاستدماء كما تبين من سياق هذا الكلام .

ولكن كيف يفعل هذا التفاعل العرقي الحركي ؟ أهو تفاعل مقلص للعروق ومخفف للاحتقان مفضٍ الى انقاص النزوف الرحمية في بعضٍ من الحالات ؟ ام هو على العكس من ذلك تفاعل موسع للعروق يفعل في النفير والمبيض والرحم ويسهل نضوج البييضة كما يفعل الاستحرار نفسه ؟ ان هذه الفرضيات لا تسهل الاجابة الصريحة عنها في الوقت الحاضر .

ومهما يكن فيرجح ان الاستدماء يفعل بالصدمة التي يحدثها فاذا شئنا لهذه الطريقة فائدة كان علينا ألا نقلل مقدار الدم عن عشرين سم٣ وان نبعد فترات الحقن . ولا يشذ عن هذه القاعدة الا معالجة العقم في المرأة

والفرس التي ينجع الاستدماء فيهما بعد الحقنة الثانية حتى بعد الحقنة الاولى كما تحقق المختبرون الامر في الفرس .

. . . .

فطريقة كهذه خالية من الخطر وناجعة في كثير من اضطرابات الحياة التناسلية في المرأة منذ بلوغها الى ما بعد ضهاها لجديرة ان تحتل مكاناً رفيعاً في فن المعالجة الحاضر

م . خ .

❀❀❀

تحليل بعض من مركبات الارسانوبنزول

قام بهذه التحاليل مستوصف الدولة المختص بتحريات مبحث الادوية وفن المداواة وقد نشرت في مجلة المستوصف (١) الذي يديره عدد من مشاهير الاطباء والكيمياويين (٢)

نوفارسانو بنزول بيون «Novarsénobenzol Billon»

المستحضر هو شركة النشر الكيمياوي الباريسية (سباسيا)

التركيب بحسب المستحضر : ديوكسي ديامينو ارسنو بانزان ماتيلان سولفوكسيلات الصوديوم

قد استخدمنا في هذا التحليل حباباً في كل منها ٠،٦٠ سنتيغراماً من المحضر .

نتيجة التحليل الكيمياوي : حباب (امبولات) مفرغة فيها مسحوق اصفر فاقع دقيق غير ملتصق بالزجاج يتبدل وزنه من ٦٠٢ — ٦١٢ مليغراماً . وقد كانت جميع النمونات مرضية بما يتعلق بالتفاعلات الكيفية المذكورة في دستور الادوية النيرلندي في الفصل تايو ارسفاناامينوم وبعد ان دفئت الحباب ٢٤ ساعة بحرارة ٥٦ مئوية لم يبد اقل تبدل في اللون او في انحلال المحضر .

وكانت نتائج التحاليل الكمية للنمونات الثلاث كما يلي :

---

(١) تقارير نشرت في الجزء ٢٩ سنة ١٩٣٦ من «Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde» ٨٠ - III جزء ٣٤ — ٢٢ آب سنة ١٩٣٦

(٢) اجرى اعضاء الادارة والمعاونون الثابتون هذه التحريات المختلفة الدكتور L. W. Van Esveld للتحريات مبحث الادوية وفن الجراثيم والدكتوران A.Harmsma et M.O. Mars للتحريات الكيمياوية والصيدلانية والنباتية . ايار سنة ١٩٣٦
Hugo de Grootstraat 32

	٢٧٧٦٦ D	٢٧٦٢٥	٢٧٥٦٩
زرنيخ بموجب دستور الادوية النيرلندي	١٩,٦ ٪	١٩,٥ ٪	١٩,٨ ٪
الزرنيخ السهل كشفه بموجب .D.M (التقرير ١٤ صفحة ١٨٨)	غرام واحد من المحضر يستدعي ٩,٢ سم٣ من اليود	—	غرام واحد من المحضر يستدعي ٩٫٠٧ من اليود
المعايرة بالكحول الماتيلي. الرسالة الخاصة الصفحة ١٤	—	الفرق لغرام واحد من المحضر ١٠,٢٨ من اليود	—
المعايرة ب N (بحسب دستور الادوية البلجيكي)	٣,٥٢ ٪	—	٣٫٧٠ ٪
$\frac{As}{N}$	٥,٥٧	—	٥٫٣٥
مجموع الكبريت (التقرير ١٤ الصفحة ١٨٧)	—	١٠,٦ ٪	١٠٫٠٢ ٪
P.R.V. بموجب الدستور البلجيكي	٥٧,٢	—	—

النتيجة : ان النمونات المقدمة للتحليل متوفرة فيها جميع شروط النقاوة المفروضة في دستور الادوية النيرلندي في الفصل نايوارسفانامينوم وتتوفر فيها ايضاً الشروط المقتضاة في دستوري الادوية البلجيكي والفرنسي ..

التحريات الحيوية : نشر روتر موندت (في المجلة Deutsche Medizinische Wochenschrift الجزء ٣٠ الصفحة ٩٢ السنة ١٩٣٥) نتائج تحرياته عن سمية عدة مشتقات ارسانوبنزولية وعن فعلها الدوائي وقد كان لهذه النشريات(١) دوي عظيم

(١)(A.Zironi, Bolletino de l'Instituto Sieraterapico Milanese 1935 n° 2
M. Rothermundt, Deutsche Medizinische Wochenschrifft 1935 n° 16 page 647 et n° 28, page 1131)

فقد اختبر روترموندت في مستوصف جورج سبايرهوس في فرنكفورت حيث تُراقب منذ السنة ١٩٢٦ جميع مستحضرات هذا المستوصف الارسانوبنزولية بحسب مقتضيات الحكومة الالمانية . عدداً من المستحضرات الاجنبية

والنمونات التي تناولها الاختبار واشتمل عليها تقرير روترموندت المذكور آنفاً هي هذه: نوفوستاب(Novostab)(انكليزي)نوفارسانوبنزول « بيون » ورودارسان (Novarsénobenzol «Billon» et Rhodarsan) (افرنسيان) رافيفال (Revival) (هنغاري) نايوزلوتن (Néosalutan) (ايطالي)ارسابانيل(Arsébényl) (بلجيكي) نايو ايا كول (Néoiacol)(ايطالي) نايوسبيرول (Néospirol) (اسباني) نايوكراميزول ونايوتونفرسان (Néokramisol et Néotonvarsan) (يابانيان) نوفارسنول ونوفوسلفرسان (Novarsénol et Novosalvarsan) (روسيان)

فكانت النتيجة ان بعضاً من هذه المستحضرات لم تتوفر فيه الشروط المقتضاة بما يتعلق بسمية العلاج وقيمته الدوائية والبعض الآخر لم يتوفر فيه بعض هذه الشروط فقط ولهذا لم يسمح ببيعها في الاسواق الالمانية .

وقد أنهى المقرر تقريره بهذه الفقرة التي تستلفت الانظار : « بما ان الاسواق الالمانية لا تُقبل فيها الا المستحضرات الارسانوبنزولية المتوفرة فيها جميع الشروط الرسمية والممتازة بجودتها من الوجهة السريرية فلا عجب اذا ما احتلت المركبات الارسانوبنزولية الالمانية على الرغم من شدة المضاربة المقام الاول في العالم قاطبة . »

يفهم من تحريات روترموندت انه اذا استثنينا النيوسلفرسان الالماني فليس سواه مركب ارسانوبنزولي يستحق الثقة في العالم وهذا ما دعا مستوصفنا الى تحليل بعض المشتقات الارسانوبنزولية غير الالمانية لمراقبة سميتها وفعلها العلاجي وقد بدأ بالنوفارسنوبنزول « بيون » الذي تستحضره شركة النشر الكيمياوي الباريسية سباسيا (بولنك اخوان . معامل الرون) : وهذا المستحضر الذي حلل منه روترموندت عدة نمونات كثير الاستعمال كالنيوسلفرسان الالماني والنيوترابرسانان الذي تستحضره معامل كلان ، في هولنده في هذه السنوات الاخيرة ولا سيما في الهند النيرلندية

وقد حللنا علاوة على النوفارسنوبنزول « بيون» رقم ٢٧٥٦٩ و ٢٧٦٢٥ و ٢٧٧٦٦ ، النيوسلفرسن V H B U ذا الرقمين ٢٤٧٢٣٢٠ و ٢٤٦٧٠٢٠ وقابلنا هذه المستحضرات مع المستحضر القياسي الدولي وسنذكر نتائج هذه التحريات بعدئذ .

السمية بالفئران : اجري اختبار السمية بحسب الطريقة الانكليزية وقد استعملنا في سلسلة اختباراتنا الاولى كل مرة ثلاث حباب مختلفة من المحضر القياسي او من النوفارسنوبنزول فكنا نحقن به الوريد ثلاث مرات لعشر فئران . وكان وزن الفئران المختبر بها من ١٨ — ٢٠ غم فالوزن الوسطي هو ١٨ غم وكانت كثافة المحلول ٢ ٪ والمقدار المحقون به ٠،٣٨ من المليغرام لكل غرام من وزن الفأرة او ٧،٢٠ مليغرامات لكل فأرة اذا اعتبرنا ان وزن كل فأرة منها ١٩ غراماً وكانت مدة المراقبة ثلاثة ايام .

فنكون قد حقنا بكل محضر ثلاثين فأرة فمات من هذه الفئران العدد التالي :

المحضر القياسي	٦٣ ٪
بيون رقم ٢٧٥٦٩	٥٧ ٪
بيون رقم ٢٧٦٢٥	٥٠ ٪
بيون رقم D ٢٧٧٦٦	٢٠ ٪

وبما ان الغاية من اختبارات السمية هذه ان يكون معدل الوفيات في المحضر القياسي زهاء ٥٠ ٪ فقد خفضنا المقدار المحقون به وجعلناه ٠،٣٥ من المليغرام لكل غرام من وزن الفأرة فكان عدد الفئران الميتة كما يلي :

المحضر القياسي	٤٠ ٪
النيوسلفرسن ٢٤٧٢٣٢٠	٢٠ ٪
النيوسلفرسن ٢٤٦٧٠٢٠	٤٠ ٪

فلم تتجاوز سمية كل من المحضرات المفحوصة سمية المحضر القياسي لا بل قد ظهر ان « بيون » D ٢٧٧٦٦ والنيوسلفرسان ٢٤٧٢٣٢ اقل منه سمية .

السمية بالجرذان : ثم اختبرت هذه المحضرات بجرذان تزن ١٠٠ ـ ١٥٠ غراماً فحقن لكل ١٠٠ غرام من وزن الحيوان ٢٢،٥ مليغراماً من محلول نسبته ٥ ٪ حقناً وريدية وجعلت مدة المراقبة ستة ايام واستخدم خمسة جرذان لكل محضر كما يصنع عادة فمات من هذه الحيوانات بعد استعمال هذه المحضرات العدد التالي :

المحضر القياسي		٤٠ ٪
بيون ٢٧٥٦٩		٤٠ ٪
بيون ٢٧٦٢٥		٦٠ ٪
بيون D٢٧٧٦٦		٢٠ ٪
نيوسلفرسان	٢٤٧٢٣٢٠	٢٠ ٪
نيوسلفرسان	٢٤٦٧٠٢٠	٤٠ ٪

فما من واحد من هذه المحضرات كان متصفا بسمية خاصة نحو الجرذان ولا يجوز لنا ان نستنتج ان سمية « بيون » ٢٧٦٢٥ كانت كبيرة لان نسبة الوفيات فيه قد بلغت ٦٠ ٪

الفعل الدوائي في الفئران : اجريت هذه التجريات في فئران لقحت بذرية من المتمعجات (ناغانابروفازاك) بحسب الطريقة الالمانية وهذه الذرية هي ما استعملها مستوصف جورج سباير هوس في اختباراته وقد لقح بهذه الذرية كل يومين من فأرة الى اخرى فكان التعفن بالمتمعجات يحصل بانتظام كل مرة . وكانت الفأرة التي لا تعالج تموت في ثلاثة الى اربعة ايام في مائة من مائة من الحوادث

ثم ان سلسلة من الفئران وزن كل منها زهاء عشرين غراماً عفنت في يوم معين بدم مأخوذ من فئران معفنة منذ يومين وروقبت في اليوم الثاني درجة عفونة هذه الحيوانات فكانت درجة العفونة هذه في جميعها متعادلة دائماً لا تختلف عن ١٤ — ٢٦ متمعجة في ٤٠ ساحة مجهرية بتكبير ٤٠٠ مرة .

فاستعملت المعالجة حينئذ مع ما يسميه الالمان التعفن الايجابي بعشر متمعجات الى اربعين متمعجة في ٤٠ ساحة مجهرية . وبعد تحقق ما تقدم حقنت الفئران بسم ٣ من محلول مخفف مأخوذ من المحضرات المختلفة . فبينت الاختبارات الاولية ان المحاليل المخففة من $\frac{1}{5000}$ الى $\frac{1}{8000}$ كانت تشفي هذه الحيوانات فكانت الفئران جميعها تعيش سليمة . وقد روقبت هذه الحيوانات عشرة ايام متوالية فكانت تعاين من كل منها ٤٠ ساحة مجهرية في اليوم . ثم استعملت

في الاختبارات التالية محاليل نسبتها ١/١٢٠٠٠ و ١/١٦٠٠٠ و ١/١٨٠٠٠ وكانت تحقن بكل من هذه المحاليل ثلاث فئران فتكون قد روقبت جميع هذه المستحضرات عدة مرات الا النيوسلفرسان ٢٦٤٧٠٢٠ .

والجدول التالي يبين عدد الفئران التي شفيت في كل من الزمر الثلاثية ونسبة المحلول المستعمل في معالجتها . فرقم ٣ معناه الشفاء مائة بالمائة ورقم ١ معناه شفاء ٣٣ ٪ والخط — معناه ان المعاينة لم تجر بالمحلول المخفف المذكور.

التخفيف	المحضر القياسي	بيون ٢٧٦٢٥	بيون ٢٧٧٦٦ D	بيون ٢٧٥٢٩	نيوسلفرسان ٢٤٧٢٣٢٠	نيوسلفرسان ٢٤٦٧٠٢٠
١/١٨٠٠٠	١	—	٠	١	٢	٢
	٢	٣	٢	١	١	—
١/١٦٠٠٠	٠	٣	٢	١	٢	—
	٢	—	٠	٣	١	—
١/١٢٠٠٠	٢	—	—	—	٣	٢
	٣	٣	٣	٣	—	—
	٣	٣	٣	٢	—	—
	٣	—	—	—	٣	—
١/٨٠٠٠	٣	٣	٣	٣	٣	٣

فاذا احصينا عدد الفئران التي شفيت بهذه المحاليل المخففة الى اقصى حد ١/١٦٠٠٠ و ١/١٨٠٠٠ رأينا ان العدد في المحضر القياسي هو ٥ وانه في المحضر

(بيون) D ٢٧٧٦٦ و ٢٧٥٦٩ اربعة وستة وانه في النيوسلفرسان ٢٤٧٢٣٢٠ ستة ايضاً في كل مرة على مجموع ١٢ فأرة حقنت بهذه المحاليل فالحيوانات الستة التي حقنت بمحاول من بيون ٢٧٦٢٥ نسبته ١/١٦٠٠٠ و ١/١٨٠٠٠ شفيت جميعها فيكون الفعل العلاجي لهذا المحضر اشدّ من المحضر القياسي بيد ان النيوسلفرسان ٢٤٦٧٠٢٠ اذا ما اعتمدنا على اختبار واحد لكل من المحاليل التي نسبتها ١/٨٠٠٠ و ١/١٣٠٠٠ و ١/١٨٠٠٠ يعادل فعله فعل المحضر القياسي فقط

يستنتج من هذه الاختبارات المذكورة آنفاً ان جميع نمونات النوفارسنوبنزول بيون والنيوسلفرسان المفحوصة توفرت فيها جميع الشروط المطلوبة بما يتعلق بالسمية والفعل العلاجي . فلا ما يمنع من جهة المخبر استعمال هذه المحضرات في التجارة كمشتقات ارسانوبنزولية متعادلة القيمة .

فاذا كانت جميع نمونات النوفارسنوبنزول بيون او اكثرها التي فحصها روترموندت قد رفضت فاننا نرانا مضطرين ان نقابلها بالنتائج التي حصلنا عليها باختبارنا لثلاث نمونات اخذناها صدفة فكانت جميع المقتضيات والشروط متوفرة فيها .

وتصعب علينا معرفة الاسباب التي افضت الى هذا الفرق في نتائج التحريات المجراة ولكننا سنتابع اختباراتنا على المشتقات الارسانوبنزولية مؤملين في المرة القادمة التعمق في هذه المسائل التي طرحت على بساط البحث .

❀❀❀

تبدلات المائع الدماغي الشوكي الكيمياوية

في عقب العمليات

ان درس التبدلات العديدة التي تطرأ على الاخلاط . والنسج في عقب العمليات الجراحية حدت لريش ودوفال الى تسمية هذا الدور « الداء البضعي » وتظهر هذه التبدلات في دم المبضوع او بوله او بعض من نسجه وكانت التحريات مقتصرة الى بضع سنوات خلت على درس هذه الاخلاط وما يطرأ عليها من التبدلات حتى قام تسوفارو وتايودورسكو من بوخارست بدرس المائع الدماغي الشوكي درساً كيمياوياً دقيقاً فتبين لهما على الرغم من صعوبة هذه التحاليل في المبضوعين ان التشوشات العصبية تحل المكان الاول في الدور الذي يعقب العمليات سواء أبسرعة ظهورها او بتواتر هذا الظهور .

وتستنتج من هذه التحريات النتائج التالية :

ان الكلورور ينقص في المائع الدماغي الشوكي وان كثيرات الهضمونات (les polypeptides) والسكر يزداد فيه ، وان التبدلات ذاتها تطرأ على دم المبضوع حيث تكون اشد وضوحاً فان كلورور دمه ينقص وكثيرات هضموناته وسكره تزداد . ومصدر هذه التبدلات الكيمياوية الطارئة على المائع الدماغي الشوكي هو العملية نفسها وليس دور المخدر والآفة التي

استدعت العملية الجراحية الا دوراً ثانوياً بالنسبة اليها . واذا اجملنا هـذه التبدلات قلنا ان التبدلات التالية تطرأ :

أ — على الدم :

١ً — فان حجمه ولا سيما جزؤه السائل ينقص

٢ — والضغط الشرياني يهبط

٣ — وعـدد الـكريات الحمر ينقص وعدد الكريات البيض والصفيحات يزداد .

٤ — والمواد العضوية اجمالاً تزداد في الدم فينجم عن ازديادها ازدياد بولة الدم وسكره وكثيرات هضموناته والخ .

٥ً — ان المواد المعدنية تنقص فيه: الـكلورور والفوسفات والـكلس

٦ — ان الاحتياط القلوي ينقص .

ب — على البول :

١ً — ان طرح المواد العضوية يزداد في البول

٢ً — ان المواد المعدنية تنقص فيه

ج — على النسج :

١ً — ان المواد المعدنية تزداد زيادة كبيرة في حذاء بؤرة العملية فان الـكلور يـكاد يتضاعف وان نسبة الماء ترتفع ايضاً فتبدو الوذمة .

٢ً — ان هذه المواد المعدنية نفسها تنقص في نسج العضلات والـكليتين والكبد .

٣ً — ان كثيرات الهضمونات تغزو الرئتين فتقف فيهما ريثما تتبدل

محدثة فيهما احتشاء وسكتة .

د — على المائع الدماغي الشوكي

تطرأ تبدلات عدة فتتمثل بمظاهر سريرية عديدة يستطاع اجمالها بثلاثة او اربعة تناذرات :

١ً — التناذر العصبي الذي يكثر حدوثه ويبكر ظهوره حتى انه قد يبدو بعد العملية بيوم او يومين او ثلاثة ايام وهو يتمثل بشكلين متفاوتي الخطر : الشكل السليم الذي لا يكاد ينجو منه مبضوع وعلاماته الوهن العصبي والذهول والخمول وحالة الغثيان والصداع او الاضطراب الخفيف ، والاختلاجات الضئيلة ، وحس الاختناق . وهبوط الضغط الشرياني القليل ، والشحوب ، والهذيان والأرق والخ . . . .

والشكل الوخيم الذي قد يكون مميتاً متى طغت السموم الذائبة الآتية من بؤرة العملية على المحور العصبي فوقفت وظائف الخلايا العصبية وقوفاً فجائياً (الصدمة العصبية ، السبات) .

٢ً — التناذر الهضمي الذي يبكر في الظهور ايضا ويفوق التناذر الاول وضوحاً . ويتمثل بشكلين : بشكل سليم متصف بتشوشات هضم خفيفة تبدو في الايام الاولى بعد العملية ولا يكاد يخلو منها مبضوع وهي اقياء متواترة ووافرة وتطبل بطن ووقوف غازات وانقباض اسارير الوجه

وبشكل وخيم قد يفضي الى الموت متى بلغ قصور الكبد التي كانت متأذية قبل اجراء العملية درجته القصوى .

٣ً — التناذر الدوراني قد يبكر ايضاً في الظهور .ويبرز الوهط في

مشهده بروزاً جلياً . فالزلة شديدة والنبض مسرع لا يكاد يعد والضغط الشرياني هابط والاطراف باردة والتعب بالغ اقصى شدته . ولكن القلب على الرغم من كل هذا منتظم . وقد عرف الجراحون هذا التناذر منذ زمن بعيد .

٤ – تناذر التنكيث (desassimilation) ويتأخر ظهوره في الغالب فان اجتفاف (deshydratation) البدن الذي ينجم عن الانسمام البضعي من جهة وعن نقص تغذي المبضوع من جهة ثانية ينم عليه جفاف اللسان والجلد والاغشية المخاطية وقلة البول والوهن العام والهزال وخفة حجم العضلات والخ . .

وهذه التناذرات يشتبك بعضها بالبعض الآخر غير ان احدها يتغلب ويبرز فهل من علاقة بين تبدلات الدم والمائع الدماغي الشوكي الكيمياوية وهذه التظاهرات العصبية السريرية ؟ ان الاجابة عن هذا السؤال متعذرة قبل الوقوف على المبادلات الطبيعية بين الدم والمائع الدماغي الشوكي

ان تذيفن الدم (toxémie) في عقب العمليات او بعبارة اخرى جريان محاصيل تجزوء الانسجة الناجمة عن بؤرة العملية في الدم لا يظل مقتصراً على الدم فقط بل يتعداه الى الاحشاء كافة . ويشترك فيه المائع الدماغي الشوكي الذي يختار من سموم الدم المواد الهيولية والمعدنية فبعد ان تسير موجات هذه المنحلات النسيجية من الجرح العملي وتنتشر في البدن تتغلب على مصافي الاعضاء المفرغة او المبدلة التي توقفها (الكبد ، الكلية ، الرئة) وعلى السد الدموي السحائي بالخاصة .

من المعلوم ان هذا السد الدموي السحائي الدماغي يمنع في الحالة الطبيعية مواد الدم عن المرور الى المائع الدماغي الشوكي ولا يسمح الا لكميات ضئيلة من بعضها بالمرور . فلا عجب اذا ما بقي الكثير من المواد التي يحقن بها الوريد فيه غير قادر على اجتياز هذا الحاجز .

فان بين بولة (urée) الدم و بولة المائع الدماغي الشوكي ارتباطاً وثيقاً فبولة المائع ٠،٢٥ في ليتر منه وبولة الدم ٠،٢٠ - ٠،٤٠ في الحالة الطبيعية ومتى ازدادت بولة الدم فجأة بعد العمليات الخطرة ازدادت بولة المائع ازدياداً تدريجياً وبطيئاً .

واما مرور كثيرات الهضمونات فاصعب ولعل السبب جسامة ذراتها ففي المائع الدماغي السليم لا يكاد يظهر اثر لهذه المواد بيد ان كميتها في ليتر من الدم تتحول بحسب المؤلفين من ١ - ٦ سنتغرامات . ولكن متى ازدادت كثيرات الهضمونات فجأة في الدم بعد البضع تغلبت على الحاجز السحائي ودخلت المائع ولا سيما متى لم تفرغها الكلية او لم تبدلها الكبد المتأذيتان . وينسب عدد من المؤلفين نخص بالذكر منهم فيسنجر وميشو وهارين التشوشات العصبية الى هذه السموم .

وما يقال في بولة الدم يقال في سكره فان معدل السكر في المائع الدماغي السليم يتبدل من ٠،٤٥ — ٠،٨٠ في الليتر وسكر الدم من ٠،٧٥ — ١،٢٠ ومهما يكن فسكر المائع اقل دائماً من سكر الدم .

ونذكر من المواد المعدنية ايضاً الكلورور الذي ينقص معدله في الدم والمائع الدماغي الشوكي في الوقت نفسه

ومن الاسباب التي تؤثر في ضعف هذا السد وسهولة اختراقه نقص جزء الدم السائل الذي يخفض الضغط الشرياني .

ونقص الدم الذي اعلنوه في عقب العمليات فهو يسهل للمواد نظيرة الفرء اختراق السد .

وقصور الكبد والكلية الذي يسهل للمواد السامة المرور للمائع الدماغي الشوكي .

والركود الوريدي العام الذي يكثر حدوثه في عقب العمليات فهو يؤثر في ضغط المائع الدماغي الشوكي نفسه .

ويظهر ان لسن المبضوع بعض التأثير فالحداثة سبب مؤهب ولهذا كانت العوارض العصبية في عقب العمليات اكثر ظهوراً في الاطفال منها في المسنين

وصفوة القول ان المبادلات بين الدم والمائع الدماغي الشوكي بطيئة وان المواد السامة ليست سواء في المرور فبعضها يسهل مروره والبعض الآخر يتعسر ومتى مرت هذه السموم الى المائع الدماغي الشوكي كان انطراحها منه ابطأ من انطراحها من الدم .

فاستناداً الى ما تقدم نقول ان تبدلات الدم الكيمياوية بعد البضع مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتبدلات المائع الدماغي الشوكي الكيمياوية وان هذه التبدلات هي سبب العوارض العصبية التي تبدو في « الداء البضعي » فالتظاهرات العصبية السريرية ليست والحالة هذه الا دليلًا على التبدلات الكيمياوية الطارئة على المائع الدماغي الشوكي فهي مرتبطة بها ارتباط السبب بالمسبب .

التنيجة : ان المؤلفين الرومانيين بالتحليلات الكيمياوية التي اجرياها على المائع الدماغي الشوكي مكنا المختبرين الذين كانوا يكتفون بتحليل الدم والبول من فهم « الداء البضعي » فهماً اجلى .

وان التبدلات الكيمياوية التي تطرأ على المائع الدماغي الشوكي في عقب البضع موافقة للتبدلات التي تطرأ على الدم والبول فهي عبارة عن ازدياد كثيرات المضمونات والسكر ونقص الكلورور .

وان التناذر العصبي الذي يبدو في الداء البضعي ليس الا مظهراً سريرياً لهذه التبدلات الطارئة على المائع الدماغي الشوكي .

وان الجراح يقتبس من معايرة بعض من هذه العناصر العضوية والمعدنية في المائع الدماغي الشوكي بعد العمليات معلومات مفيدة .

م • خ •

❀ ❀ ❀

طريقة جديدة في معالجة التهاب الشريان الساد

يتصف التهاب الشريان الساد بآلام حادة مستعصية فلا عجب اذا ما جربت في معالجته وسائط مختلفة .

وصف شاركو هذا الداء للمرة الاولى في السنة ١٨٥٨ وكان قد سبقه الى وصفه في الحصان الطبيب البيطري بولاي في السنة ١٨٣١، والالم هو العرض البارز الذي يمتاز به مشهده السريري في جميع الحالات وهذه الآلام متقطعة في بدئها ثم تعود متواصلة

فالألم المتقطع هو ألم الجهد يبدو تارة بثقل خفيف ومذل ونمل في الطرف وطوراً بمعص وانفتال مؤلم فيه وألم شبيه بشدّ ملزمة يسمّر المريض في مكانه ويزول هذا الألم بزوال الجهد ويعود بعودته . والتموجات الشريانية في هذا الدور قصيرة

والألم المتواصل هو ألم الراحة هو ألم فقر الدم الموضعي الذي يعم الطرف متى اكتمل الضيق .

ولنذكر ايضاً الألم الذي قد يظهر متى انسدّ الشريان انسداداً فجائياً .

وقد جربت في معالجة هؤلاء المرضى والتخفيف عنهم معالجات شتى اذا ذكرنا بعضها فقط جعلنا في المقدمة الاستحرار (diathermie) والموجات القصيرة والاستشعاع (l' actinothérapie) والاشعة تحت الاحمر، والتيارات البطيئة التواتر واشعاع الكظرين (les surrénales) بالاشعة المجهولة والحقن

بالاكسجين المشع (radio-actif) وقطع الودي حول الشريان وحقن العضلات بالاساكولين واستئصال الكظر الايسر غير ان جميع هذه المعالجات لم تقترن بنتائج ثابتة .

ويظهر ان المعالجة الفضلى الفعالة هي ازالة السد الحائل دون جريان الدم غير ان رفعه لا يزيل آفات التليف او الاستحالة الكلسية او الكولسترينية التي بدت في الشريان الملتهب التهاباً صريحاً . ويستطاع مع ذلك تنشيط الدوران في العروق المحيطية والمتفاغرة بالشريان الضيق ، هذه العروق التي لم تعد لما اصابها من الاستحالة او من التشنج المرافق للانسداد ، كافية لتموين الطرف بالدم .

وقد استنبطت حديثاً في اميركة طريقة جديدة لتنشط هذا الدوران المحيطي قوامها احداث تناوب ضغط وانخفاض حيث الشريان الضيق فيكون بمثابة تمريخ يسهل به الدوران .

وخير ما يجب صنعه في حالة كهذه ان تكون تبدلات الضغط موافقة لنظم القلب غير ان الضرورة قضت لاسباب آلية ان تكون هذه التبدلات في الآلة المستنبطة اربعاً فقط في الدقيقة .

وقد جربت هذه الآلة في عدد من التهابات الشريان السادة فاقترنت بنتائج حسنة .

وتفعل هذه الطريقة بطرزين مختلفين : اننا نعلم ان حركة الشرايين والشريينات خاضعة لجهازين عصبيين احدهما مركزي دماغي شوكي والآخر محيطي مستقل عن المركز ...

فاذا ما نبه هذا التمريخ الوعائي المنفعل الحركة المحيطية في التفرعات والتفاغرات الشريانية التي كانت قاصرة عن سوق الدم الكافي للطرف زادت كمية الدم وبدت فائدة هذه الطريقة . ولعلّ خفض الضغط تحت العائق يدعو الدم الى تلك الناحية اكثر من تنبيه الحركة في الشرايين لان الحركة الشريانية تكون في الغالب زائلة في المتصلبة شرايينهم. وشريعة بويسل اشهر من ان تذكر فان جريان السائل في انبوب صلب تابع لهبوط ضغط هذا السائل حين اجتيازه للانبوب . فاذا ما انخفض الضغط في اطراف الشرايين او في حذاء الاوعية الشعرية كان منه نشاط الدوران الدموي في الشريان الاساسي ولو زالت منه حركته المحيطية .

وقد استعملت هذه الطريقة في عدة حوادث من التهابات الشرايين السادة فكانت نتائجها حسنة : زالت الآلام في جميعها وعلت الحرارة ٥—٦ درجات وكثيراً ما استعاد الطرف وظيفته .

وذكر ريد الذي درس هذه الطريقة درساً ضافياً ٦٩ حادثة فكانت النتيجة ان علت الحرارة الموضعية في اليوم بعد استعمالها ثلاثة اسابيع وزالت الآلام بعد ٢٥ جلسة (وقوام كل جلسة عشرون دقيقة) اجريت في خلال اسبوعين . واستمرت الآلام في مريض واحد فقط ثلاثة اشهر من استعمالها وقد ثبت بعدئذ ان هذا المريض كان مصاباً بهشاشة عظم الظنبوب (ostéoporose) وان آلامه كانت ناجمة عنها وليس عن نقص الدوران في الطرف. وستفتح هذه الطريقة باباً جديداً لمعالجة آفات الشرايين المحيطية على انواعها . وتحسن تجربتها في داء فولكمن (فقر الدم الموضعي)

وفي تشوشات الدوران التالية لربط جذع شرياني وفي تشنجات الشرايين والخ.

وتعد هذه الطريقة معالجة تجربية في حادثات الانسداد التشنجي شبيهة بحمام بابنسكي الحار .

ولا تزال الحوادث المعالجة بها قليلة حتى الآن فلا يستطاع ابداء رأي قاطع فيها غير ان ما عولج بها يشجع المختبرين على متابعة اختباراتهم .

م . خ .

❀❀❀

الشباب والإشباب

(٤)

عمل الخصية في الانسان واثرها في جسمه وعقله

للعليم الاستاذ شوكت موفق الشطي

عمل الإنسان على إطالة الحياة منذ تكامل ادراكه ورأى الموت امامه يفغر فاه فيبتلع العدد العديد من ابناء هذه البشرية فكان يعمد الى امور شتى لا يلبث المستقبل ان يبين فسادها واذا تصفحنا تاريخ هذه القضية التي نحن بصددها واعني بها محاربة الشيخوخة رأينا ان عدداً من النوابغ استلوا سيف الجهاد العلمي فتركوا اثراً لم تلبث ريح التحقيق ان عصفت عليه فعفته ولا يزال الناس يتساءلون هل ثمة من الوسائل ما يجعل امد الحياة طويلًا وهل وجد العلماء لتجديد الشباب سبيلا .

يصعب في حالة العلم الحاضرة ان يجاب عن هذين السوآلين لان كنه الحياة لم يحل بعد وامر الروح ما زال سراً غامضاً وسوف يبقى في اعتقادنا لغزاً ما دامت الحياة على وجه الكرة كما جاء في القرآن الكريم : «ويسألونك عن الروح قل الروح من امر ربي »

على ان حل قضية الاشباب وسبر غورها مرتبطان بجواهر الحياة والروح لذلك كان البحث في هذا الامر والتنقيب فيه والاجابة عن هذين السوآلين

امراً معقداً . ولما لم يستطع البحاثون ايضاح ذلك وجّهوا ابحاثهم شطر الاسباب التي تحدد عمر الانسان وتؤجل ظهور امارات الهرم وقد اشرنا في المقالات السابقة عن الاسباب التي تحدد عمر الانسان وابنا ان منها ما هي باطنية ومنها ما هي خارجية اما العوامل الباطنية فلا سلطة لنا عليها اليوم وقد يكشف في الغد ما ليس في الحسبان على ان العلماء بعد ان عرفوا ما للغرائيات من الشأن في حفظ قوة الانسان سعوا الى ايجاد وسائل تجدد الغرائيات في الخلايا الشيخة وقد توصلوا الى ان يهبوا للخلايا وسيلة تساعدها على التكاثر وما ينشأ عنه من اكتساب النسج والاعضاء الشيخة قوة ونشاطاً يفتيانها .

وقد توصل العلماء الى تحقيق شطر من هذه الفكرة بطرائق خاصة يستند معظمها الى تضريح الجسم بحاثات (هورمونات) تفرزها الغدد التناسلية او الاعضاء الفتية ومن هذه الطرائق طريقة براون سيكار وعمليات فورونوف وشتيناخ ودوبلر الجراحية .

طريقة براون سيكار

اجرى العالم المذكور سنة ١٨٩٩ اختباراً على نفسه كان له دوي هائل في الاندية الطبية والصحف العلمية والجرائد اليومية فأسال المداد وسوّد كثيراً من الصفحات واصبح في حين من الزمن شغل العلماء الاحيائيين الشاغل . وخلاصة هذا الاختبار ان براون حقن نفسه لما كان له ٧٢ سنة من العمر بعصير الخصى فشعر اثر ذلك بنشاط في قواه وفي غريزته الجنسية وقد ذكر في محاضراته ما توصل اليه فاعقب ذلك ذيوع هذه الطريقة

بين عدد كبير من الشيوخ ولجأ الى الاستشباب بها رهط عظيم منهم غير انهم لم يجدوا فيها ما يسلي عزاءهم فأهمل شأنها .

هذا وان كان اختبار براون سيكار لم يحقق الغاية ولم ينل الارب الا انه نبه الفرائزيين والاطباء الى عمل الغدد الصم الحيوي والى تأثير الحاثات فاتجهت الافكار الى الاستعضاء (opothérapie) وبعثت من جديد هذه الوسيلة التي كان لها شأن كبير في القرون الوسطى ومقام عظيم في الطب القديم وقيل منذ ذلك الحين بالافراز الحصوي الداخلي .

رأي اطباء العرب وعلمائهم في عمل الخصية في الجسم

ذكر هذا التأثير اطباء العرب وعلماؤهم في كتبهم حتى ان الجاحظ بحث في كتابه الحيوان عن الخصاء وما يعتري الانسان وبعض الامم (اجناس الحيوان) بعده بحثا مسهباً ننقل طرفاً منه :

كل ذي ريح منتنة وقيل ذي دفر (١) وصنان وكريه المشمة كالنسر وما اشبهه فانه متى خصي نقص نتنه وذهب صنانه غير الانسان فان الخصي يكون انتن وصنانه احد ويعم ايضاً خبث العرق سائر جسده حتى لتوجد لاجسادهم رائحة لا تكون لغيرهم فهذا هذا وكل شيء من الحيوان يخصى فان عظمه يدق فاذا دق عظمه استرخى لحمه وتبرأ من عظمه وعاد رخصاً رطباً بعد ان كان عضلاً صلباً والانسان اذا خصي طال عظمه وعرض فخالف

(١) الدفر من دفر الشيء دفراً انتنت ريحه والدفر على وزن فلس اسم منه

ايضاً جميع الحيوان من هذا الوجه وتعرض للخصيان ايضاً طول اقدام واعوجاج في اصابع اليد والتواء في اصابع الرجل وذلك من اول طعنهم في السن وتعرض لهم سرعة التغير والتبدل وانقلاب من حد الرطوبة والبضاضة وملاسة الجلد وصفاء اللون ورقته وكثرة الماء وبريقه الى التكرش والكمود والى التقبض والتحدد والى الهزال وسوء الحال .

والخصي لا يصلح كما لا تصلح المرأة واذا قطع العضو الذي كان به فحلاً تاماً اخرجه ذلك من اكثر معاني الفحول وصفاتهم واذا اخرجه من ذلك الكمال صيّره كالبغل الذي ليس هو حماراً ولا فرساً تصير طباعه مقسومة على طباع الذكر او الانثى وربما لم يخلص له الخلق ولم يصف حتى يصير كالخلق من اخلاق الرجال ويلحق بمثله من اخلاق النساء ولكنه يقع ممزوجاً مركباً فيخرج الى ان يكون مذبذبا لا الى هؤلاء ولا الى هؤلاء

ثم قال: وللانسان قوى معروفة المقدار وشهوات مصروفة في وجوه حاجات النفوس مقسومة عليها لا يجوز تعطيلها وترك استعمالها ما كانت النفوس قائمة بطبائعها ومزاجاتها وحاجاتها وباب المنكح من اكبرها واقواها واعمها ويدخل في باب المنكح ما في طبائعهم من طلب الولد لما طبع الله تعالى بني آدم عليه من حب الذرية وكثرة النسل .

وعامة اكتساب الرجال وانفاقهم وهمهم وتصنعهم وتحسينهم لما يملكون انما هو مصروف الى النساء والاسباب المتعلقة بالنساء (١) ولو لم يمكن الا

(١) اليس في ذلك ما يشير الى مذهب فرويد فعلينا ان نسميه والحالة هذه مذهب الجاحظ

التنمّص (١) والتطيب والتطرز والتخضب والذي يعدها من الطيب والصبغ والحلي والكساء والفرش والآنية لكان في ذلك ما كفى ولو لم يكن له الاهتمام بحفظها وحراستها وخوف العار من جنايتها والجناية عليها لكان في ذلك المؤونة العظيمة والمشقة الشديدة فاذا بطل العضو الذي من اجله يكون اشتغال النفس بالاصناف الكثيرة من اللذة والألم فباضطرار ان تعلم ان تلك القوى لم تبطل من التركيب فاذا صرفت من وجه فاضت من وجه ولا سيما اذا جمت ونزعت ولا بد اذا زخرت وغزرت وطغت وطمت من ان تفيض او تفتح لنفسها باباً وليس بعد المنكح باب له موقع كموقع المطعم فاجتمعت تلك القوى التي كانت للمنكح وما يشتمل عليه باب المنكح الى القوة التي عنده للمطعم فاذا اجتمعت القوتان في باب واحد كان ابلغ في حكمه وابعد غاية في سبيله ولذلك صار الخصي آكلَ من اخيه لامه وابيه وعلى قدر الاستمراء يكون هضمه وعلى قدر حاجة طبعه وحاجة الحرارة المتولدة عن الحركة يكون الاستمراء لان الشهوة من اتقن ابواب الاستمراء والحركة من اعظم الحرارة ودوام الاكل في الاناث اعم منه في الذكور وكذلك النساء في البيوت دون الرجال وما اشك ان الرجل يأكل في المجلس الواحد ما لا تأكل المرأة ولكنها تستوفي ذلك المقدار وتربي عليه مقطعاً غير منظوم وهي بدوام ذلك منها يكون حاصل طعامها اكثر وهنّ يناسبن الصبيان في هذا الوجه لان طبع الصبي سريع الهضم سريع الكلب قصير مدة الأكل قليل مقدار الطعام فللمرأة كثرة معاودتها ثم تبين بكثرة مقدار المأكول فيصير للخصي

(١) التنمّص : نتف الشعر في سبيل الزينة على ما تفعل النساء بحواجبهن

نصيبان نصيبه من شبه النساء ثم اجتماع قوى شهوتيه في باب واحد اعني شهوة المنكح التي تحولت وشهوة المطعم .

ويعرض للانسان عند قطع ذلك العضو تغير الصوت حتى لا يخفى على من سمعه من غير ان يرى صاحبه انه خصي وان كان الذي يخاطبه ويناقله الكلام اخاه او ابن عمه او بعض اترابه من خولة جنسه ومتى خصي قبل الانبات لم ينبت واذا خصي بعد استحكام نبات الشعر في مواضعه تساقط كله الا شعر العانة فانه وان نقص من غلظه ومقدار عدده فان الباقي كثير ولا يعرض ذلك لشعر الرأس . فان شعر الرأس والحاجبين واشفار العينين يكون مع الولادة وانما يعرض لما يتولد من فضول البدن وتكون مقاطع شعر رأسه ومنتهى حدود قصاصه كمقاطع شعر المرأة ومنتهى قصاصها . ثم يقول: والخصيان مع جودة آلاتهم ووقارة طبائعهم في معرفة ابواب الخدمة وفي استواء حالهم في باب المعاطاة لم نر احداً منهم قط نفذ في صناعة تنسب الى بعض المشقة وتضاف الى شيء من الحكمة مما يعرف ببعد الروية والغوص بادامة الفكرة الا ان الخصي من صباه يحسن صنعة الدبوق ويجيد دعاء الحمام الضواري وما شئت من صغار الصناعات . ورأيت ان الخصاء جذب الخصي الى حب الحمام وعمل التكاك والهراش بالديوك وهذا شيء لم يجر منه على عرق وانما قاده اليه قطع ذلك العضو وتعرض للخصي سرعة الدمعة وذلك من عادة طبائع الصبيان ثم النساء فانه ليس بعد الصبيان اغزر دمعة من النساء وكذلك بالشيوخ الهرمين ويعرض له الشره عند الطعام والبخل عليه والشح العام في كل شيء وذلك من اخلاق الصبيان قال الشاعر .

كأن ابا رومان قيساً اذ غدا خصي براذين يقاد رهيص
له معدة لا يشتكي الدهر ضعفها وحنجرة بالدورقين غموص

ويعرض للخصي سرعة الغضب والرضى وذلك من اخلاق الصبيان والنساء ويعرض له حب النميمة وضيق الصدر بما اودع من السر وذلك من اخلاق الصبيان والنساء . ومن العجب انهم مع خروجهم من شطر طبائع الرجال الى طبائع النساء لا يعرض لهم التخنث وقد رأيت غير واحد من الاعراب مخنثا متفككا ومؤنثا يسيل سيلاً ولم ار خصيا قط مخنثا ولا سمعت به ولا ادري كيف ذلك ولا اعرف المانع منه ولكن كان الامر في ذلك الى ظاهر الرأي ولقد كان ينبغي ان يكون ذلك فيهم عاماً وما اكثر ما يعرض للخصيان البول في الفراش وغير ذلك ولا سيما اذا بات احدهم ممتلئاً من النبيذ ويعرض لهم ايضاً حب الشراب والافراط في شهوته وشدة النهم ويعرض للخصي شدة الاستخفاف بمن لم يكن في سلطان عظيم او مال كثير او جاه عريض . اه

لقد اكثرنا من اقوال الجاحظ امام الاديب والعالم لتثبت ان علماء العرب وصفوا ما يعتري الانسان بعد الخصاء من اضطراب حالتيه الروحية والجسدية وصفاً مسهباً لا نجد في الكتب المتداولة بين ايدينا ما يماثله ولنظهر ان الطريقة المستحدثة في الكتابة العملية التي وسموها بعناق العلم والادب هي طريقة قديمة جرى عليها الجاحظ وغيره من علماء العرب وذلك لانهم تذوقوا الادب والعلم معاً ولنبين ان مذهب فرويد من مبتكرات الجاحظ كما اشرنا الى ذلك في هذا البحث

ارجع بك الآن ايها القارىء الكريم بعد ان بيّنت لك اقوال هذا الامام ونقلت لك ما ذكره عن صلة الخصية بالنشاط والصفات الجنسية الى بعض الطرائق الحديثة وهي تستند كما بينت لك في صدر هذا البحث الى عمل الخصية واثره في الجسم

طريقة شتيناخ

بحث انسل وبوان منذ ربع قرن عن بناء الخصية النسيجي فوجدا في باطنها خلايا مفرزة خاصة سموها الخلايا الخلالية وقد عرفا ان هذا الافراز يحفز الصفات الشقية الثانوية والغريزة الجنسية على الظهور ثم بحث شتيناخ عن هذا الافراز واثره في البدن فاتضحت له حقيقته واطلق اثر اقتناعه بوجود هذا الافراز على الغدة الخلالية اسم غدة البلوغ . ثم نقّب هذا الاستاذ عن اختبار براون سيكار فلم يجده عارياً عن الصحة ففكر حينئذٍ في ايجاد وسيلة لايقاظ الغدة المذكورة وتأجيل فسادها الشيخي فوجد ان خير وسيلة لذلك هي قطع الأسهرين (١) لان قطعهما ينبه العناصر الخلالية ذات الشأن في هذا الافراز ثم جرّب هذه الطريقة في الكلاب الهرمة فكانت نتائجها حسنة ثم حقق اختباره كثير من الفرازيين وذكر كنود ساند (Knud Sand) من كوبنهاغن ما طرأ على كلب اجريت له هذه العملية فقال : اخذت كلب حرس عمره اثنتا عشرة سنة وكان نشيطاً قوياً حتى سنته العاشرة ثم اخذت علائم الهرم تدب فيه فصار ضعيفاً هازلاً مغمض

(١) الأسهر القناة الناقلة للمني (canal déférent)

العينين كسولا . متناثر الشعر ، جاف الجلد مجعده وعادت حركاته صعبة لا يمسك بوله وبرازه . ولم يكن لضعف الحيوان من سبب آخر غير هرمه لانه كان سليماً من جميع الامراض العضوية فكان بذلك خير حيوان للاختبار

اجريت العملية لهذا الحيوان وقطع اسهراه فتحسنت حالته بعد اربعة اسابيع وعادت اليه قواه الخائرة وشهوته للاستمراء وكان قد راقب الاستاذ هنسن (Hansen) هذا الكلب وفحصه قبل العملية ورأى عجزه فكتب عنه ما يأتي : لقد تبدل طرف (اسم الكلب) تبدلاً عظيماً فصارت نظراته حادة وعيناه يقظتين ونما شعره وعاد دهنياً لامعاً وزالت البقع المرد من جسده واصبح جلده ليناً وصار اغتذاؤه طبيعياً كأن الحياة قد دب دبيبها فيه وذكر ايضاً فالديمير بيرغاور (Valdimir Bergauer) نتائج اختباراته في الكلاب الهرمة فكانت مطابقة للاختبار المذكور . وكان الكلب المخبور مصاباً بساد (cataracte) مركزي في عينه اليسرى فشفي منه وقد شاهد هذه الحادثة هارمس (Harms) وشتيناخ (Steinach) ثم اختبر العلماء اثر هذه العمليات في الجرذ فجاءت النتائج مؤيدة لما تم في الكلاب ولما تحقق العلماء اثر هذه الطريقة الطيب في الحيوان جربوها في الانسان ولكنهم لم يحصلوا على نتائج مشجعة وقد شاهد احد الاطباء بعض آثار التفتية في ثلاثة من مبضوعيه

❀❀❀

الافرنجي والسيلان في الاولاد

خطبة تلاها الدكتور شارلس والتر كلارك «Charles Walter Clarke» امام شعبة امراض الاطفال في المحفل الطبي في نيويورك في ٨ تشرين الاول سنة ١٩٣٦ ونقلها الى العربية الدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلين — نيويورك)

اذا استفزتنا الحمية لمكافحة الادواء الزهرية في الكهل شفقة عليه ورحمةً به فما عساها ان تكون حالنا متى رأينا الاطفال والاولاد تلك الزهرات الذكية الطاهرة يضحى بهم على هيكل هذين الداءين القذرين وان اكبر دافع لنا في مكافحة الامراض الزهرية في الكهل هو وقاية النسل وصون الاولاد من التلطخ بادران هذين المرضين او تخفيف وطأتهما فيهم وقد اتضح ان نسبة الوفيات في الافرنجي الخلقي تعادل نسبتها في الافرنجي المكتسب في جميع طبقات الشعب .

وقد اتيحت لي بصفة كوني مستشاراً عن الافرنجي في مكتب الامور الهندية مراقبة هذا الامر عن كثب : فحيثما ارتفع معدل الافرنجي في طائفة او جماعة هندية ، علا معدّل الافرنجي الخلقي ، كما كان يتضح من كثرة حوادث التهاب القرنية الخلالية وتشوهات الاسنان والعظام ، ومن ايجابية الفحوص المصليّة .

ان الدروس التي قامت بها اللجنة المعيّنة من نيويورك للبحث والاستقصاء

ومكافحة الافرنجي والسيلان في الاصقاع السكندينافية وبريطانية العظمى أبانت جلياً ان النسبة مرتفعة ولست اجد متسعاً للتبسط فيها في هذا التقرير (١) اهمها تناسب المعادلة بين الافرنجي المكتسب، والافرنجي الخلقي في سجلات كوبنهاغن من السنة ١٨٨٠ الى ١٩٣٤ ، فحيثما ارتفع او انخفض منحني الافرنجي المكتسب قابله، ولو تأخر عنه قليلاً في بعض الاحيان، ارتفاع او هبوط في منحني الافرنجي الخلقي . ففي السنوات ١٨٨٦ و ١٩٠١، و١٩١١ و ١٩١٨ ارتفع الافرنجي المكتسب ، فارتفع في السنوات ١٨٨٨ و ١٩٠١ و ١٩١٣ و ١٩٢٠ الافرنجي الخلقي .

وفي كوبنهاغن نزل المعدل في الافرنجي المكتسب من ٥٢٧ في المائة الف حادثة سنة ١٩٢٠ الى ٢٨ في المائة الف في سنة ١٩٣٣ ، مع انه كان قبلاً عالياً . وفي تلك المدة ذاتها نزل معدل الافرنجي الخلقي من ١٧ في المائة الف حادثة الى اثنين في المائة الف . ان درس معدل الوفيات في الافرنجي الخلقي تبين ان النسبة في كلا الافرنجي المكتسب والخلقي تتبع سنة واحدة.

وهذه النسبة المتعادلة بين الافرنجي في السكان عموماً . وبين الافرنجي الخلقي في الاولاد ليست مستغربة . فان الافرنجي يقتسم في المناسبات الزوجية كما يقتسم الفراش والمأكل. فحينما يكون معدل الافرنجي عالياً في جماعة الذكور يعلو في الاناث ، وكل انثى ملوثة بالافرنجي تحمل نسلاً

(١) تلي هذا التقرير امام شعبة امراض الاطفال في اكاديمية الطب في نيويورك في الثامن من شهر تشرين الاول سنة ١٩٣٦ -

مصاباً في ٨٠ بالمائة من حوادث الحمل ، الا اذا عولجت المريضة معالجة رشيدة .

باشرت في السنة ١٩٣٥ جمعية حفظ الصحة الاجتماعية الاميركية تحت ادارتي درساً عن استيلاء الافرنجي المعرقل للحمل في زمرتين : الزمرة الاولى : الحوامل اللواتي يراقبن ويعتنى بهن في المستوصفات المخصصة بالاعتناءات قبل الولادة ، والزمرة الثانية الحوامل اللواتي يراقبهن مولدون خصوصيون .

فالزمرة الاولى وعددها ٢١٩،٦٥٩ حادثة قبل الولادة قدم عنها التقارير ٢٦٨ مستوصفاً منتشرة في جميع اقسام الولايات المتحدة . وثلاثة وتسعون في المائة من هذه المستوصفات المائتين والثانية والستين تجري الفحوص المصلية في كل امرأة قبل الولادة لكشف الافرنجي فيها وهي سنة جرت عليها في ممارستها

وكانت جمعية حفظ الصحة الاجتماعية الاميركية اجرت مثل هذا الدرس منذ عشر سنوات خلت فظهر لها ان اثنين واربعين بالمائة فقط من المستوصفات المعدة لقبول المريضات قبل الولادة كانت اتبعت شريعة فحص الدم في كل حامل . وقد استنتج من تقاريرهذه المستوصفات حيث فحص الدم عادة متبعة لكشف الافرنجي ، ان ستاً في المائة من النساء البيض ، وثماني عشرة في المائة من النساء السود كن مصابات بالافرنجي .

وقد تبين من تقارير المولدين الخصوصيين ان ٥١ بالمائة منهم اعتادوا اجراء التفاعل المصلي لكشف الافرنجي في النساء الحوامل اللواتي يعتنون

بهن وان تسعة واربعين منهم لا يجرونه .

فحيث اعتيد اجراء التفاعل المصلي اختلف معدل الافرنجي من نصف الى ثلاثة ونصف في المائة وكان العدد الاكبر من الاطباء يقرون بنسبة واحد بالمائة ، وعليه فلا يجوز ان يكون هبوط هذا التعديل المئوي الايجابي سبباً لاهمال هذا التفاعل الحيوي الكبير الشأن الذي تتطلب كل امرأة ذكية اجراءه عليها قبل ولادتها .

ان الابحاث التي اجرتها الجمعية الطبية الاميركية لحفظ الصحة أبانت ان قد كشف التفاعل المصلي الداء الافرنجي سبعين مرة في سبعين حادثة الامر الدال على ان لاجراء هذا التفاعل شأنه الكبير وان اعتياد المستوصفات والاطباء له امر واجب .

وقد أبان الدكتور كيز (Dr Keyes) بلباقة : ان المرأة التي تدفع للطبيب اجراً عن اعتنائه بها ومداواته اياها قبل الولادة يحق لها ان تنال اعتناء ممتازاً . وقد اردف قائلاً : ان الولادات الخصوصية يجب ان تلقى من الاعتناء والاهتمام ما تلقاه الولادات في دور التوليد والمستوصفات بما فيه فحص مصل الدم المعتاد لكشف الافرنجي . واني لمعتقد بعد درس التقارير المقدمة الى مكتب حفظ الصحة الاجتماعي الملحق بمجلس الصحة ان الاطباء الممارسين الذين لا علاقة لهم باحد المستشفيات يزداد اهتمامهم ولا يضنون على مريضاتهن بهذا التفاعل واذا استثنينا بعض الحوادث القليلة قلنا ان الحوامل سواء افي المستوصفات او في عيادات الاطباء الخاصة يعتنى بهن الاعتناء الحسن ويحصلن على المعالجة المكملة نفسها .

وتنشيطاً لهذا العمل المفيد يقدّم مجلس الصحة الآن العلاجات اللازمة للمريضات متى طلبها الطبيب المعالج غير ناظر الى حالة المريضة الاقتصادية ميسورة الحال كانت او معسورته .

ويقدم العلاجات ايضاً لمداواة النساء الحوامل المصابات اللواتي يعتني بهن اصحاب المستشفيات غير الرسمية والمتطوعون لهذه الخدمة الانسانية . على ان تعطاها المريضات مجاناً ، اضف الى ذلك ان لمجلس الصحة ومجلس المستشفيات مستوصفات تُعالج فيها مجاناً الحوامل المصابات اللاّتي لا يستطعن دفع اجرة التطبيب .

ولسائل : ولماذا كل هذا الاهتمام بتشخيص الافرنجي في الحوامل ومعالجته ؟ جواباً نقول اننا اذا عالجنا المرأة الحامل المصابة نمنع اتصال الافرنجي بالولد ، فاذا طبّقنا المعالجة الرشيدة – شرط ألاّ يكون ذلك بعد منتصف مدة الحمل – وثابرنا عليها الى يوم الولادة كانت النتائج الحسنة معادلة لتسعين بالمائة اي ولادة اولاد اصحاء خالين من كل علامة افرنجية تظهر بالفحص السريري او المصلي ، وانه لابهر نجاح على ما اعتقد اتى به الطب الحديث .

ويبين البحث الذي قام به لوران (Laurent) تبياناً جلياً الفرق بين الحمل الملوث المعالَج وغير المُعالَج .

صنف لوران جدول نتائج الحمل في ٢١٣ امرأة مصابة بالافرنجي، ١٥٢ لم يعالجن معالجة مضادة للافرنجي و١٦١ منهن عولجن معالجة حسنة .

فالنساء اللواتي لم يعالجن كانت النتائج فيهن كما يلي :

أجنّة هشّة ومعطنة	١٥	في المائة
إسقاط	٣٣،٧٥	»
أجنة ماتت قبل بلوغ ثلاثة اشهر	٢٤،٧٥	»
أجنة عائشة في الشهر الثالث	٢٦٫٥	»

ومن الـ ٢٦،٥ جنيناً حياً في نهاية الاشهر الثلاثة لم يعش الى ابعد من الطفولة الاولى الا عدد قليل ومن عاش منهم ظهرت فيهم علامات الافرنجي الارثي. وبعد ان استعملت المعالجة الرشيدة في المائة والاحدى والستين حادثة من هولاء النساء كانت النتيجة :

أجنّة معطنة	٠،٦	في المائة
ولدان موتى بما فيه الاجهاضات	٧،٥	»
احياء في نهاية ثلاثة شهور	٩١،٩	»

وكانت نتائج مكورد (Mc Cord,s) شبيهة بهذه فان الحوامل اللواتي لا يعالجن معالجة مضادة للافرنجي تكون نهاية اطفالهن فاجعة في ٨٠ في المائة من الحوادث .

واما بعد اتباع المعالجة الرشيدة فتسعٌ فقط من حوادث الحمل الافرنجي تنتهي نهاية محزنة و٩١ في المائة منها تثبت طهارتها وخلوها من الداء بالفحوص السريرية والمصلية .

والآن سأمر بتشخيص الافرنجي المرقل للحمل ومعالجته بابداء تفسيرين عموميين فقط : الاول : ان الافرنجي في الانثى الحامل يسير عادةً بلا تظاهرات سريرية وغالباً بدون تاريخ صريح يوثق به . والطريقة الوحيدة العملية لاكتشافه في معظم الحوادث هي الفحص المصلي ، والافضل اجراء

طريقتين على كل نمونة من الدم اي تثبيت المتمم والتحوصب (précipi - tation) والثاني : ان المرأة الحامل المصابة تحمل المعالجة جيداً ، ولعلها تحملها اقل بقليل من غير الحامل ، وكلتاهما يجب ان تعالجا في كل حبل بقطع النظر عن فحص المصل او معالجة سابقة. كما يستدل من هذا الدرس : ان ٢٨ بالمائة من النساء المصابات بافرنجي مستتر وكان تفاعل واسرمان سلبياً فيهن كنّ حبالى باولاد مصابين لانهن لم يعالجن في اثناء حملهن .

ان الولد الذي ينتقل اليه المرض وهو في الرحم يكون الافرنجي فيه مرضاً جهازياً منذ البدء فان المتمعجات الشاحبة « spirochæta pallida » تخترق الحاجز المشيمي ويحملها الدوران الدموي الجنيني الى كل عضو ونسيج في الجنين غير المولود .

فقد وجد مكورد (Mc Cord) وغيره المتمعجة عملياً في كل نسيج من الاجنّة المصابين بالافرنجي والمولودين موتى ، بما فيه الكليتان والجلد والغدّة الصعترية والكبد ، والطحال ، والقلب والكظرين (المحفظتين فوق الكليتين) .

١ - اما الجنين المصاب بالافرنجي المولود حياً فقد تبدو فيه عند ولادته كل تظاهرة من تظاهرات الافرنجي ما عدا القرحة الاولية :

٢ - ان الوصف المدرسي او النظامي الذي ينطبق على الوليد حياً ومصاباً بالافرنجي يمثل مخلوقاً متيبساً ، عليه هيئة العجائز ، بطنه كالقلّة ، تسيل من انفه مواد مخاطية ، صوته حين يبكي صوت خشن ناعب ، وقد يكون على جلده بعض تظاهرات الافرنجي من الطفح الخفيف المبقع الى الفقاع (penphigus)

على اخمص القدمين وراحة الكفين. ولكنّ هذا المشهد المدرسي لا يستدعي غالباً الانتباه مثلما يفعل منظر طفل يبدو الضعف عليه جلياً ، غذاؤه قليل وجسمه نحيل . فطفل كهذا قد لا تظهر فيه علامات سريرية دالة دلالة اكيدة على الافرنجي قبل نهاية الشهر الثالث ، وكلما بكَّر ظهور هذه العلامات كان الانذار اردأ .

ان الفوائد التي تُجتنى من التبكير في معرفة الافرنجي عظيمة . لانه اذا بوشر بمعالجته قبل نهاية السنة الاولى وثوبر على العلاج حصل الشفاء في ٧٢ بالمائة .

امّا اذا لم تباشر المعالجة الا بعد ان يجتاز الطفل السنة من عمره وثوبر عليها اقل من سنة فيحصل الشفاء في ٤٤ بالمائة ، فكلما تأخرت البداءة بالمعالجة أبطأ الشفاء واستعصى في الافرنجي الخلقي فسر النجاح في التشخيص الباكر .

ومتى عُرف انّ الأُم مصابة بالافرنجي ، كان هنالك مسوّغٌ وجيه للاشتباه باصابة الولد ، ويقوى ذلك الاشتباه اذا كانت الأُم لم تعالج . فلا بدّ من فحص دم الام بعد الولادة مباشرة اذا لم يكن قد اجري قبلها ، حتى ولو كان الفحص بطريقة واسرمان فهي كافية .

وعلى المولد ان يعتاد فحص المشيمة في مثل هذه الاحوال لكشف علامات الافرنجي . واذا كان من سبب في الام او الولد يدعو الى الاشتباه بالافرنجي ، يجب اجراء الفحص المصلي والفحص السريري على كليهما .

ولا ننسينَ ما لرسم العظام الطويلة من الشأن في فحص الولد فانه مكمل للفحص المصلي فيه والخط غير المتّسق والخشن الذي يُرى في الرسم

الشعاعي علامة تكاد تكون بيانية للافرنجي ومن العلامات التي تدعو الى الاشتباه الشديد بالافرنجي في الطفولة الباكرة الفقاع (pemphigus) على اخمص القدمين وراحة الكفين ، والنفاط حول الفم وحول الإست والافراز من غشاء الانف المخاطي ، وضخامة الطحال . ان معدل الوفيات في افرنجي الاطفال الخلقي غير المعالج المتصف بهذه التظاهرات مرتفع ارتفاعاً هائلاً .

والاطفال المصابون بالافرنجي خلقةً الذين يعيشون الى ما بعد السنة الاولى بدون معالجة هم هكذا لان المرض كان اقدم واقل فعلاً في الام . فاستتار المرض في الام قد يدعو الى استتاره في ولدها . فعددٌ كثير من هؤلاء الاطفال يولدون خالين من علامات الافرنجي ويظلون عدة سنوات كذلك ولا تظهر فيهم علامات حقيقية .

فالعلامات الاولية في حوادث كهذه تظهر غالباً في اثناء الحياة المدرسية حتى انها قد لا تعرف الا بعد مدة اطول فقد شاهدت حوادث عديدة لم تظهر فيها علامة الافرنجي الخلقي الاولى بوضوح ، لكي تحمل المريض على استشارة الطبيب ، الا بعد ما وصل المريض الى سن البلوغ (المراهقة) .

ولكن درس مثل هذه الحوادث ولو سطحياً يكشف غالباً علامات الافرنجي التي كان يستطيع كل طبيب مدقق في الفحص كشفها متى اشتبه اقل اشتباه بالافرنجي .

. . . .

حضرت الى عيادتي مؤخراً خادمة عمرها ٢٦ سنة بايعاز من ربتهـا التي

كانت قرأت ان الافرنجي قد يسبب العمى وكادت هذه الخادمة تخسر الرؤية في احدى عينيها . أفتراها مصابة بالافرنجي ؟ ان الخادمة ومعلمتها ارادتا معرفة ذلك ولدى الفحص انكشف لنا ليس التهاب قزحية وخيم فحسب بل انف سرجي ، واحديداب عظام الجبهة واسنان هو تشنسون والوجه الافرنجي البابي وكان تفاعل واسرمان وكاهن ايجابيين بقوة . ولم يعالج الافرنجي الخلقي في هذه المريضة ولم يشخصه احد من الاطباء الذين رأوها في اثناء حياتها .

ولنذكر ان هاته المريضة كانت قليلة الذكاء وخنثى وملوثة بالسيلان .

ان ما قام به دني (Dennie) من الابحاث حمله على الاعتقاد ان الافرنجي الخلقي الذي يعزى اليه الكثير من الامراض العقلية سبب قلة الذكاء ايضاً في عدد عديد من الاشخاص الذين يبدون خطراً ادبياً واجتماعياً على البيئة التي يعيشون فيها ومريضتي التي مر وصفها هي من هذا الشكل .

لا نرى فائدة في سرد علامات الافرنجي الخلقي جميعها فشكل المرض الخلقي كالشكل المكتسب ، يشن غارته على اي كان من الأجهزة والانسجة او على جميعها .

ان الابحاث الحديثة قد قلبت بعض الافكار المدرسية بشأن هذه العلامات : فان مثلث هيتشنسون اي : التهاب القرنية الخلالي ، والقواطع العليا المسننة ، وصمم العصب الثامن ، اصبح اليوم نادراً . فهذه التظاهرات قلما تبدو اليوم معاً مع انها كانت على خلاف ذلك في عهد هيتشنسون ومع ذلك فان التهاب القرنية الخلالي هو اليوم في مقدمة تظاهرات الافرنجي الخلقي المتأخرة وقد وجد ستوكس (Stokes) ان التشوشات البصرية في

الافرنجي الخلقي اكثر حصولاً حتى من تفاعل واسرمان الايجابي. والآفات العصبية الافرنجية تكاد تعادل آفات العين ، حتى ان بعض من يوثق بمعارفهم مثل جانز وكوك يضعونها في طليعة تظاهرات الافرنجي الخلقي القديمة . وما من تظاهرة في الافرنجي اشد هولاً من الفالج او السهام وفالج الاطفال . وتظهر هذه الاعراض في الولد وهو في المدرسة الابتدائية ، فيتأخر نموه ، وتعروه نوب صرعية الشكل متكررة ، ويتدرج بالانحطاط عقلًا وجسماً . وتشخص هذه الحادثات في بعض الاحيان خللًا عقلياً وراثياً لمرافقة المرض للنمو . مع ان الفحص المناسب بما فيه فحوص السائل الشوكي تكراراً توضح التشخيص ، والنتائج في هذه الحوادث كما استدللت من اختباراتي الخاصة ليست مرضية

وتأتي تشوهات العظام والاسنان الافرنجية ثانيةً اذا نظرنا الى كثرة حدوثها بعد التظاهرات البصرية والعصبية في الافرنجي الخلقي ويكون بعضها واضحاً وتسهل معرفته كاسنان « هيتشنسون » وانحناء قصبة الساق كالسيف .

عدل اكثر الباحثين استيلاء الافرنجي الخلقي بنحو اثنين في المائة في الولدان الاحياء . بيد ان المعدل المئوي يختلف كثيراً بحسب الحالة الاجتماعية . فقد لاحظ جينز انه خمسة عشر بالمائة في اولاد السود ، و١٫٨ بالمائة فقط في البيض الفقراء، واقل من واحد بالمائة في الاسر العائشة بالرخاء في سانت لويس (St Louis)

ينقص عدد حوادث الافرنجي الخلقي في الانسان كلما ارتقى سلّم العمر

وسبب هذا النقص كثرة الوفيات به في الطفولة فالافرنجي الخلقي في سن المدرسة اقل استيلاء منه في الوليد وقد وجد جينز وكوك ٤،٩ بالمائة في الاطفال ، و ١.٥ بالمائة تحت ١٣ شهراً و ١٠٧ في المائة في الاولاد فوق ثلاثة عشر شهراً . فهذه الارقام دليل على كثرة الوفيات في الافرنجي الخلقي في السنة الاولى من الحياة . ولكشف الافرنجي في تلك السن في الولدان الاحياء ومعالجته الشأن الكبير فعلى كل طبيب مدرسة ، وكل متخصص بامراض الاطفال وكل طبيب أسرة ان يتيقظ وينتبه لأصغر علامات الافرنجي الخلقي واندرها

ان تشخيص الافرنجي الخلقي ومعالجته محفوفان بصعوبات كالافرنجي المكتسب ولكنهما ليسا باصعب فيه من ذلك فالعقاقير ذاتها، وطرق التصرف ذاتها ، تستعمل في شكلي هذا الداء . ويعوزني الوقت للتبسط بالعلاج ، بيد انني اجرؤ والفت النظر الى النقاط الآتية :

اولاً : ان معالجة الافرنجي الخلقي يجب ان يبتدأ بها حينما يشخص الداء تشخيصاً اكيداً وليس قبل ذلك . لان تلوث الام بالافرنجي ليس بحد ذاته سبباً كافياً لاصابة الطفل

ثانياً : يحتمل الولدان العلاج ويستفيدون منه الافادة الحسنة ولا يجوز الانتظار بضعة اشهر للبدء به والا ضاعت الفرصة الثمينة .

ثالثاً : ان افضل العلاجات في اغلب حوادث الافرنجي الخلقي هي الارسفينامين (arsphenamine) والبزموات غير ان الاستعاضة بالسولفارسفينامين (sulpharsphenamine) عن الأرسفينامين جائزة اذا

كانت الحقن الوريدية صعبة الاجراء .

ان دائرة مجلس الصحة توزع الآن على الاطباء حين الطلب العلاجات اللازمة لاي حادثة افرنجي غير ناظرة الى حالة المريض الاقتصادية .

كما ان مستوصفاتنا في دائرة الصحة تقوم بما يطلب منها من التحاليل لتشخيص الافرنجي الخلقي في المرضى الذين يرون انفسهم عاجزين عن الدفع للاطباء في عيادتهم وتعنى ايضاً بمعالجتهم

ومن الخطإ الظن او الادعاء ان كل افرنجي في الطفولة هو خلقي . فقد قدمنا في دائرة الصحة تقارير عن عدد من حوادث افرنجي مُكتسب غريبة انتقلت الى الاولاد بممارسة اللواط ، وقد تتبعنا آثار هذه التعفنات حتى عرفنا الرجال الائمة الذين اغووا هؤلاء الفتية الصغار للسقوط في هوة هذه العادة الشائنة .

جيء الى احد مستوصفاتنا بولد مصاب بنفاط جلدي افرنجي وقد تحققنا حين فحصه ورماً ثؤلولي الشكل حول استه وارشدتنا افادة الولد الى ان فتى اخر مصاب بالآفة نفسها التي اصيب بها ، واتضح لنا من حديث هذين الغلامين ان رجلين قد ارتكبا الفعل الشنيع بهما وكان ذانك الرجلان مصابين بالافرنجي . وقد سيق الرجلان بناء على تقرير مكتب « اتقاء الجرائم » الى المحاكمة فحُكِم على احدهما بالاشغال الشاقة ونفي الآخر الى بلاده . وعولج الغلامان

وربما كان السيلان (التعقيبة) الشرجي اكثر حصولاً من الافرنجي في الاولاد وسببه المعاشرة الفاسدة والمناسبات الشاذة . فقد اظهرت لنا

دروسنا عن العدوى سلسلة انتانات في ثمانية اولاد من هذه الفئة فالسيلان الشرجي والتهابات مجرى البول البني (الغونوكوكي) اكثر حصولاً في الاولاد المهملين والسيئي البخت من الافرنجي . وقد كشفنا الغطاء حديثاً عن حادثة ولد متشرد كان يكسوه ويطعمه ويأويه رجل فاسق عرفنا فيما بعد انه معلم في احدى المدارس الخصوصية واذا كانت هذه الحوادث مثيرة للعجب فأغرب منها الالتهاب المهبلي في البنات الصغيرات . فان نحواً من الف حادثة منها ترفع سنوياً الى مجلس الصحة ، واعتقد ان كثيراً من مثل هذه الحوادث لا يرفع فيها تقارير ولا تشخص في الطبقة الفقيرة. ان مصدر الانتان في ٩٢ بالمائة من هذه الحوادث هو البيت ، وتنتقل العدوى من شخص الى اخر بالازدحام وسوء الاعتناء الصحي الشخصي . اما انتشار العدوى في معاهد الاطفال الطبية فمنشأه عادة اغلاط ترتكب في طرق فن التمريض والاعتناء بالاطفال . بيد انني اراني ميالاً الى الاعتقاد انه يتعذر علينا احياناً تفسير العدوى في بعض الحوادث .

وقد وفقنا مؤخراً لترتيب تسهيلات من شأنها تحسين الاعمال في مستشفى مجلس الصحة الآخذ على عاتقه الاعتناء بحوادث الالتهابات المهبلية وتبذل الآن عناية خاصة لملاحقة هذه الحوادث وتطبيق العلاج النظامي الحديث مع المحافظة على التمسك بشرائط حفظ الصحة اللائقة في البيوت اتقاء للانتان . ان كشف مصدر الانتان ومعالجته لبير الشأن وصعب التحقيق في الغالب .

واذا كنا قد ذكرنا كل شيء عن الافرنجي والسيلان في الاطفال ،فلا

يسعنا الا الجهر بالحقيقة الناصعة وهي انه يسهل علينا انقاذ الاولاد من هذه التعفنات بمعالجة الكهول المصابين . ان معالجة الافرنجي إبّان الحَمل تمنع الافرنجي الخلقي عن الحدوث ففي استطاعة الطب والحالةهذه محو الافرنجي الخلقي ، وان في نقص معدّل الوفيات في الافرنجي الخلقي فيمدينة نيويورك والولايات المتحدة اجمالاً لدليلًا على اننا سائرون الى الامام في هذا الشأن فمتى اصبح فحص دم الحوامل جميعهن قاعدة مطردة لكشف الافرنجي فيهن ومتى عولجت كل حامل مصابة بالافرنجي المعالجة الموافقة يتقلص ظل الافرنجي الخلقي . غير ان مثل هذا الامل لا ينتظر تحقيقه في الانتان الغنوكوكي في الاولاد ، غير انني اثق انه اذا عولج الكهول الملوثون معالجة اعم واوفى واذا نشرت التعاليم الصحية بينهم نشراً كافياً كان لهذه التدابير فعل حسن في اتقاء هذه الادواء في الاولاد . فاكتشاف روبرت ليوس « Robert Leius » اللامع الذي اعطانا في الثيلين « theelin » والامنيوتين « amniotin » سلاحاً جديداً ماضياً في مكافحة التهابات المهبل الغنونوكوكية ومعالجتها والنجاح الذي اصابه كاربانتر ووارّن وكومر وبيرمانتل وزملاؤهم «Carpenter and Warrren , Kumer,Biermanetal» باستعمال العلاج الحمي في السيلان وما اظهرته عمدة مجمع الابحاث الوطني في السيلان والمكورات البنية من متابعة التقصي كل هذا يدعو الى التفاؤل في نجاح هذا المشروع الانساني الكبير وقمع التعفنات الغنونوكوكية في الكهول والاطفال على السواء .

❀❀❀

غنغرينة الجلد المترقية في عقب البضع ومعالجتها

ان هذا الداء نادر والمشاهدات التي اعلنت منه حتى الآن قليلة غير ان الجراح قد يصادفه فيحار في طريقة معالجته بعد ان يجرب شتى الوسائل فيه وتعييه الحيل كما حدث لكبار الاساتذة . وعليه فان كتابة مقال عنه يطلع به القارىء على آفة قد تأتي متعرقل جروح العمليات لا تخلو من الفائدة .

التاريخ : اعلن كالن المشاهدة الاولى من هذه الغنغرينة في السنة ١٩٢٤ غير انه لم يميزها عن غنغرينات الجلد الاخرى . ولم تكد تعلن هذه المشاهدة حتى كثرت المشاهدات ولا سيما في اميركة حيث استلفتت مشاهدة كالن وعمل مالناي انظار الجراحين .

ويعود الفضل الى مالناي (Meleney) في درس هذه الآفة درساً سريرياً ضافياً والجد في تعيين اسبابها فهو الذي عرف انها عفنية المنشإ وناجمة عن اشتراك جرثومي .

ولنذكر بالخاصة ثلاثة ابحاث نشرت في هذه السنوات الاخيرة عن هذا الداء بحث شلتون هورسلاي في السنة ١٩٣٢ الذي درس فيه التقرحات الغنغرينية درساً دقيقاً وبحث لين في السنة ١٩٣١ الذي جاء فيه على ذكر ثلاثين مشاهدة وبحث ستورت ـ فالاس في السنة ١٩٣٥ وقد جمع فيه المشاهدات المعلنة حتى ذلك التاريخ وعددها خمس وثلاثون

ونذكر ايضاً مقالاً ماتعاً لتيكسيه وبوليسون وارنولف سردت فيه مشاهدة جديدة صادفوها ومنه نقتبس معظم هذا المقال .

الحد : ان غنغرينة الجلد المترقية في عقب البضع اختلاط نادر يقع بعد العمليات العفنة (ولم تعلن منها الا حادثة واحدة بعد عملية طاهرة) متصف بموات طبقات الجلد وبالانتشار المتزايد الذي يفضي الى الموت اذا لم توجه اليه في الوقت المناسب معالجة فعالة

ويظهر ان هذا الاختلاط ينجم كما بين مالناي عن اشتراك المكورتين العقدية والعنقودية

شروط ظهوره : يظهر هذا الاختلاط عادة بعد تفجير خراج ولاسيما خراج حشوي المنشإ : التهاب الزائدة ، قرحة منبثقة ، ذات جنب صديدية ، خراج كبد

وتظهر صفحة الغنغرينة دائماً حول الثقب الذي كان فيه الاحفوض او في خذاء

خيط الشعر او الحشة الذي ثبت به هذا الاحفوض .

مشهد الآفات السريري : تبدو هذه الآفة عادة في نهاية الاسبوع الاول او الثاني بعد اجراء العملية وتستقر الغنغرينة حول الجرح العملي او في حذاء ثقب احد الخيوط .

فتظهر نقطة حمراء مرتفعة وتنتشر انتشاراً سريعاً ويتألم المريض تألماً شديداً من جرحه العملي . ولا تمرّ بضعة ايام حتى تبدو في مركز الناحية الحمراء المتوذمة صفيحة سوداء من الغنغرينة وتنتشر تحدها حاشية بنفسجية وتحيط بها ناحيـة متفاوتة الاتساع من جلد احمر لامع .

ولا يمرُّ اسبوع حتى تأخذ هذه الآفات منظراً بيانياً :

١ً — في المركز بقعة غنغرينة مسودة اذا ضغطت خرج منها صديد وهـذه البقعة بيضية او مدورة ويناسب مركزها الجرح العملي او نقطـة التفجير .ثم يميع مركز الغنغرينة فيظهر نسيج محمر هو سطح العضلات التي تعرت من غشائها . وقد يبلغ قطر السطح المتغنغر ١٠ او ١٥ او ٢٠ سنتمتراً حتى انه قد يحيط بالجذع .

٢ً — تلم يحيط بالغنغرينة شبيه بتلم الاطراح في غنغرينات الاطراف

٣ً — حاشية فرفرية ضيقة منقطة تنقطاً نزفياً ومحيطة بصفيحة الغنغرينة

٤ً — ناحية حمراء لامعة شبيهة بالحمرة عرضها سنتمتر الى سنتمترين واقعة حول الحاشية الفرفرية وآخذة في الانتشار على الجلد السليم .

وترافق آلام شديدة متواصلة هذه الآفات فيشكو المريض حس احتراق في الناحية وعصابات على مسير الاعصاب المارة فيها . وتو ثر هذه الآلام في الحالة العامة محدثة الارق ومعيدة الحياة لا تطاق .

ولا تعلو الحرارة عن ٣٨ الا نادراً

ويهزل المريض بسرعة ويفتقر دمه وتهن قوته المعنوية . وتنتشر الغنغرينة انتشاراً سريعاً في المحيط ويميع مركزها وتبقى الآفات محافظة على المناسبات التي ذكرناهـا : صفيحة غنغرينة في الوسط لحاشية ضيقة محيطة بها فناحية حمراء لامعة متوذمة . وقـد تتسع هذه الغنغرينة اتساعاً هائلاً فقد امتدت في احدى مشاهدات بلاكسلند من القفا حتى العجز .

وكلما ازدادت الغنغرينة انتشاراً انحطت الحالة العامة ويموت المريض في النهاية مدنفاً في خلال عشرة ايام او بضعة اشهر كما في بعض من المشاهدات

وتتصف الغنغرينة الجلدية المترقية في عقب البضع عادة بالصفات نفسها غير ان جسامة الناحية المتغنغرة او الناحية المتقرحة تدعو الى وصف اشكال سريرية منها :

١ً — الشكل الغنغريني الصريح حيث صفيحة الغنغرينة واسعة ومماثلة لغنغرينة الاطراف ٢ً — الشكل القرحي حيث صفيحة الغنغرينة ضيقة بيد ان البقعة المتقرحة واسعة خلافاً للشكل السابق الذي تسترعي الغنغرينة فيه الانظار .

الإمراض (pathogénie) : عزا السريريون هذه الآفة قبل ان وطد ملناي اسس إمراضها الى اسباب عديدة : لطافة الجلد ، تشوشات شريانات الجلد والخ . .

اما الآن فقد اثبت ملناي ان هذه الغنغرينة داء عفني ناجم عن اشتراك المكورة العنقودية والمكورة العقدية . وقد ايدت فحوص الآفات الجرثومية نفسها وتلقيح الحيوان هذا المبدأ العفني . وتوصل ملناي باستنباتات عديدة في بيئات هوائية ولاهوائية الى كشف الاشتراك الجرثومي الذي ذكرناه .

ويختلف نوع الجراثيم بحسب النقطة المستنبتة : ففي الناحية الحمراء اللامعة وجد ملناي المكورة العقدية الصرفة (وقد دعاها المكورة العقدية غير الحالّة للدم) وفي الناحية المتغنغرة وجد مكورات عقدية لاهوائية ومكورات عنقودية مختلفة الاجناس ولاسيما المكورة العنقودية المذهبة الحالة للدم . وقد تشترك جراثيم اخرى ولا سيما عصية ديفتريائية الشكل مع الجراثيم الاولى .

وتمكن ملناي بالاختبار من احداث هذه الغنغرينة الجلدية في الحيوان بحقنه بمزيج من المكورتين العقدية والعنقودية ، والآفات في الحيوان شبيهة بالآفات الصادفة في الانسان واما الحقن بالمقادير نفسها من كل من المكورتين العقدية والعنقودية على حدة فلا يحدث الغنغرينة

وبعد ان اجرى ملناي هذه الاختبارات بنى نظريته العفنة على هذا الاشتراك الجرثومي وهو يعتقد ان العامل الاساسي هو المكورة العقدية غير الحالة للدم . فهي تصادف وحدها في الناحية الحمراء اللامعة وتعد البيئة للغنغرينة التي يحدثها اشتراك هذه المكورة مع المكورة العنقودية .

ان هذه الفكرة قريبة من الصواب واذا لم تثبتها جميع المشاهدات المعلنة عن هذا الداء فلأن الفحوص التي قام بها هؤلاء المؤلفون كانت ناقصة ومقتصرة على بقعة واحدة من الآفات

المعالجة : ليس لدينا حتى الآن على الرغم من هذه المعلومات الامراضية معالجة دوائية لتنغرينة الجلد المترقية في عقب البضع . فان جميع المطهرات: الاصبغة ، والماء الاكسجيني ومحلول دكان ، والسلفرسان الجديد تضميداً وحقناً في الوريد ، والروبيازول لم يقترن استعمالها بفائدة تذكر .

وقد خابت ايضاً جميع المصول المضادة للتنغرينة وشتى اللقاحات ، والمعالجة الدوائية الوحدة التي افادت فائدة لا تنكر : هي توجيه الاشعة فوق البنفسجي الى الناحية المتنغرة بعد طليها بمحلول من نترات الفضة نسبته ٢ ٪ . فبعد طلي الجرح توجه الاشعة فوق البنفسجي في الحال اليه فيتجزأ محلول النترات تاركاً على سطح الجرح الفضة المنقلبة . وقد استعملت هذه المعالجة في حالات القروح والجروح الوهنية المستعصية فيستحسن اجراء هذه المعالجة الدوائية قبل المعالجة الجراحية .

ومعالجة هذه الغنغرينة الناجمة جراحية فهي تقوم بقطع الآفات بالمبضع او المبضع الكهربي او الميسم وجميعها جائزة الاستعمال على ان تقطع جميع الآفات حتى غشاء العضلات عمقاً وابعد من الناحيه الحمراء اللامعة عرضاً .

ولا بد من التخدير العام لاتقان هذه المعالجة لان الناحية ماضّة وشديدة الألم . واذا نكست الآفة جدد القطع . وليضمد هذا السطح المعرى الواسع بلطف زائد ويستحسن قبل نزع الغزي عنه بله بمحلول نوفا كايني .

ويستدعي ندب هذه السطوح مدة طويلة وتقصيرها ممكن بالطعوم . غير ان الواسطة الفضلى لتسريع الندب هي التبكير في القطع قبل انتشار الآفة والاضطرار الى نزع اقسام واسعة من الجلد .

ونتيجة هذه المعالجة حسنة في الغالب فان جميع الحادثات التي عولجت بالقطع شفيت بيد ان الحادثات التي تركت وشأنها افضت الى الموت .

فعلى الجراح متى رأى حادثة غنغرينة جلدية مترقية في عقب البضع ان يبادر الى طريقة سانتي (طلي بنترات الفضة والاشعة فوق البنفسجي) فاذا لم تفد كان عليه ان يبكر في القطع الجراحي قبل انتشار الآفة وتأذي الحالة العامة

م . خ .

الجزء ٥ المجلد ١٢

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ م الموافق لشعبان سنة ١٣٥٦ هـ

بعض ملاحظات عن سرطان المريء

ان السرطان هو اكثر امراض المريء مصادفةً . فان غيزر تحقق ٦٤٥ مرة من ١٠٥٠ مريضاً فحصهم بمنظار المريء تضيقاً شديداً فيه

وهذه الآفة هي في الرجل اكثر منها في المرأة بنسبة ستة رجال الى امرة واحدة وتعليل هذه الكثرة في الرجل امر هين فان لالتهاب الغشاء المخاطي في المريء كما في كل عضو اجوف فعلًا مؤهباً لا ينكر . وفي مقدمة الاسباب الملهبة للغشاء المخاطي ادمان الكحول ولا سيما استعمال الاشربة القوية المشهية ويظهر ان الكحول صباحاً على الريق اشدُّ ضرراً . وقد استنتج من الاستجوابات الدقيقة التي قام غيزر بها ان الكحول في الرجل سبب التهاب المريء في ثلثي الحوادث وهذه النسبة هي دون الحقيقة لان كثيرين من المرضى لا يقرون بادمانهم الكحول .

ومن الاسباب المحدثة لالتهاب المريء ركود المواد في الجيب الكائن فوق الضيق فما من يجهل اليوم توسعات المريء الكبيرة التالية لتشنجات ثلث المريء السفلي وتضيقاته الالتهابية وكل غشاء مخاطي ملتهب في جيب متسع عرضة لسرطان ينمو خلسة عليه ولا ينتبه له كيف لا والمريض مصاب بعسر البلع الذي يعزى الى التشنج. والخلاصة ان كل مصاب بتشنج مزمن عرضة للسرطان اذا لم يعالج المعالجة الموافقة في الوقت المناسب .

ومن الاسباب المؤهبة ايضاً ضعف البدن ويعزو كثير من المرضى بدء آفتهم الى انفعالات نفسية شديدة والى مصائب اعترتهم .

والسرطان ان يكن نادراً في الاحداث فقد يبدو فيهم فان غيزر صادفه في ثمانية مرضى لم يبلغوا الثلاثين من عمرهم واحدثهم سناً شاب عمره ١٩ سنة واثنان عمرهما عشرون سنة. وهو كثير المصادفة ما بين ٥٠ و٧٠ من العمر.

ولم تصادف الوراثة الا بمعدل الخمس والسرطان الذي بدا في الاباء او الجدود لم يكن في المريء عادة .

والاماكن التي ينتخبها السرطان من المريء هي بحسب كثرة حدوثه فيها : الثلث المتوسط فالثلث السفلي فالثلث العلوي فناحية السدفة (cardia)

ولا يحدث سرطان المريء فوقه توسعاً كبيراً لان الضيق فيه الناجم عن الورم نفسه يطول امره قبل ان يصبح حقيقياً وتاماً ولان سرعة سيره بعد بلوغه هذه الدرجة لا تفسح له مجالاً لاحداث هذا التوسع الكبير . فمتى كشف رسم المريء الشعاعي او معاينته الشعاعية سرطاناً فيه وتوسعاً كبيراً فوقه كان المريض ولا شك مصاباً بتشنج في المريء قد تسرطن تسرطناً

ثانوياً . ولا ينبت السرطان دائماً في ناحية الضيق بل على اي نقطة كانت
من الجيب المتسع .

وسرطان المري، بدئي في الغالب ولم يكن ثانوياً في احصاء غيزر الاست
مرات فقط (مرتين لسرطان الرغامى و ٤ مرات لسرطان القصبة الكبيرة)
وقد تقدمت الاعراض التنفسية في هـذه المشاهدات الاعراض المريئية
وقد ذكر غيزر ايضاً اربعة حوادث تستحق ان تسمى ثانوية تالية
لسرطان الثدي .

ويلفت غيزر الانظار الى امرٍ ذي بال لا يعلق عليه المؤلفون اهتماماً كبيراً
وهو ان سرطان المري، آفة غير مؤلمة . وعسر البلع هذا العرض الاساسي
الذي يبدو فيه بمعدل ٩٨ ./· عسرُ بلعٍ آلي وليس عسرَ بلع المياً وعليه فما
من آفة تبتدى، خلسة كسرطان المري، . فكم من المرضى الذين لا يشكون
الا عسر بلع ناقصاً ويتمكنون من التغذي بمواد سائلة ولا تهزل ابدانهم مع
ان آفاتهم السرطانية تكون قد انتشرت انتشاراً كبيراً .

فتشخيص سرطان المري، سريرياً نادر في بدئه وجميع المرضى الذين
يشخص داؤهم يكون سرطانهم قد استفحل ولم تعد المعالجة تفيد فيه اقل
فائدة ، مع ان تشخيص سرطان المري، في هذا الدور الباكر ممكن : فان
المريض يشعر بعائق اذا ما بلع قطعة من الخبز او اللحم قبل ان يمضغها حسناً
فيضطر الى بلع جرعة من الماء بعدها لينزلها . وبعد ان يصاب بهذه العارضة
ينتبه لنفسه فيمضغ الطعام مضغاً حسناً قبل ان يبلعه وتمرُّ ايام فلا تتكرر
هذه الحادثة . غير انه يشعر دائماً بانزعاج متى بلع مادة جامدة ولا يشعر

به مطلقاً حين بلع السوائل .

واذا استشار المريض طبيبه لهذه العارضة شخص الطبيب تشنجاً بسيطاً في المريء ووصف له علاجاً مضاداً للتشنج برهة من الزمن واضاع هـذه الفرصة الثمينة التي لا تعوض . واذا اشار برسم كهربي لا يبدو شيء فيه ما زال الضيق لم يتكون بعد. فالرسم الشعاعي الذي يكشف السرطان القديم ويعين مقره ودرجة الضيق وشكل التوسع واتساعه يخدع الطبيب في هذا الدور لان المعجون الظليل نصف السائل يمر من خلال الضيق الناقص مروراً يكاد يكون طبيعياً .

والامر الداعي الى الخطإ ايضاً ظهور المريض بمظهر عام حسن فهو شخص مدور الوجنتين لم يهزل بعد ولم يبد عليه ما نستطيع تسميته بالسحنة السرطانية مع انه اذا عوين مرئيه بالمنظار كشف فيه ورم صريح .

وعليه فمتى طرأت على شخص تجاوز العقد الخامس هذه الطارئة فشعر بوقوف لقمة لم يمضغها مضغاً حسناً واضطر الى شرب الماء بعدها لدفعها شك في سرطان المريء ولو تقطع حدوث هذه الطارئة .

واذا بدت الآلام كان سببها انتشار السرطان الى الارجاء المجاورة : المنصف ، اعصاب الاوزاب (nerfs intercostaux) ، الاعضاء المجاورة ، عمود الفقار. فيشعر المريض بآلام في صدره وما بين لوحيه وفي الاوراب وهذه الآلام متأخرة الظهور عادة .

وقد جعلوا من سيلان اللعاب الغزير علامة بيانية في سرطان المريء بانعكاس خاص هو انعكاس روجه المريئي اللعابي مع ان كثرة اللعاب

سببها في الواقع مضغ المريض الطويل للاطعمة واحالتها معجونة دقيقة قبل بلعها . وهذا العرض يظهر في سرطان المريء كما يظهر في تضيقاته الشديدة غير السرطانية فلا يعدُّ والحالة هذه عرضاً خاصاً بالسرطان . وبما ان عسر البلع يمنع اللعاب المفرز عن المرور خلال الضيق فان اللعاب يخرج من الفم خائطاً وغزيراً في النهار ويسيل على الوسادة في الليل . ويتأخر ظهور هذا العرض مع ذلك ومتى بدا يكون سرطان المريء قد شخص .

ويسير الهزال والضيق جنباً الى جنب ومتى اشتد الضيق اسرع الهزال وسببه عسر البلع والخواءلان الدنف السرطاني لا يظهر او قلما يبدو ولا يفقد المريض اشتهاءه البتة ولا يتقزز من الطعاممطلقاً واذا هزل فلانهلا يستطيع البلع والتغذي . وهذه الحالة خاصة بسرطان المريء خلافاً لسرطاناتانبوب الهضم الاخرى .

ولا عجب اذا كان الاستيلاء نادراً فيسرطان المريء لان المريض يموت جوعاً قبل حدوث هذا الاختلاط . فاذا ما صنعت وسيلة ومكنت المريض من التغذي اي اذا ما خزعت معدته او ، وهذا افضل ، عولج بالراديوم فاستطاع البلع وتغذى تغذية كافية تمنع عنه الموت العاجل استولى سرطانه كبقية السرطانات فظهر في الصفاق (الباريطون) او العقد او الكبد او الحوض والخ . . .

وتبدو بالمنظار حتى في بدء سرطان المريء علامات كافية للتشخيص متى كانت عين الفاحص ممرنة . فمتى بدت قرحة حتى سطح ثابت مبرعم مرتكز على قاعدة صلبة يباين ارتشاحها وسكونها تحرك اجزاء المريء الاخرى

كانت هذه البقعة سرطاناً لا شك فيه فان المريء يتحرك حركات متواصلة بحركات القلب والتنفس .

والعلامة الاخرى البيانية هي ان الآفة السرطانية تنزف لاقل لمس حتى اذا مست بقطيلة من القطن .

وافرنجي المريء نادر ولا سيما بعد ان شاع تنظير المريء فنفيت بـه حوادث عديدة من الضيق كانت قد ظنت افرنجياً .

ولعل ما يلتبس اشد الالتباس بسرطان المريء تضيقاته الالتهابيـة في المسنين فالمشهد السريري واحد : عسر بلع متزايد وخال من الالم ، هزال في شخص تجاوز العقد السادس . ويكشف المنظار ضخامة التهابية غير نازفة او جداراً ندبيا متصلباً وذلك بحسب الشكل الذي افضى اليه التهاب المريء المزمن الذي نجم عنه هذا الضيق . فهذا الاختلاف الذي يكشفه المنظار بين الآفتين يكفي العين الممرنة ويجلو التشخيص .

ومتى اردنا اثباتاً كان لا بد من اقتطاع خزعة من الورم فيعرف بها جوهره وبناؤه النسيجي ودرجة خبثه غير ان هذه الخزعة صعبة وغير خالية من المحاذير فيجب صنعها بالمنقاش المقطع (pince à morcellement) والعين ترى جيداً ما تصنع اليد . واذا هانت الخزعة في الشكل النابت كانت شديدة الصعوبة في الشكل الارتشاحي تحت المخاط لرقة جدار المريء وهشاشته الخاصة . ويستحيل في بدء السرطان قطع هذه الخزعة من المكان المناسب لان الورم قليل البروز وصعب التحديد بالمنظار مع ان الخزعة كبيرة الفائدة في هذا الوقت . وكثيراً ما ينفي جواب النسجي السرطان لان

الخزعة لم تقطع من ملء الورم فيسير السرطان سريرياً سيراً لا شك فيه او ان خزعة ثانية بعد ثلاثة اسابيع تثبت السرطان وتكون الاولى قد نفته ويكون الجراح قد اخّر معالجته التي قد تكون ناجعة كل هذه المدة مع ان النجاح كل النجاح في التبكير فيها .

ولا يخلو الجرح الذي يتركه قطع الخزعة من المحاذير فان هذا الجرح رغم صغره قد يكون منشطاً لسير الورم لوقوعه في بيئة شديدة التعفن والتبدل في ذلك الرتج المتسع حيث الركود يزيد العفونة شدة . فلا يجوز صنع الخزعة الا في حالات الشك ومعاينة المريء بالمنظار كافية في معظم الحالات للتشخيص .

ويظل عسر البلع عدة اشهر في الغالب قبل ان يتضح فلا عجب اذا ما كان سير المرض بطيئاً ولا سيما في المسنين حيث يستمر الداء سنة وربما سنة ونصف السنة (الشكل البطيء) واما في الاحداث فهو اسرع سيراً (الشكل السريع) حتى انه قد لا يطول اكثر من شهر الى شهرين .

اما معالجة هذا الداء فلا تزال الجراحة مكتوفة اليدين امامها فان استئصال المريء لم يأتِ بالنتائج الحسنة بل ان النكس كان كثير الحدوث بعده ومتى ازداد عسر البلع ومنع المريض عن التغذية يكتفى بخزع المعدة

ولكن أيفعل الراديوم فعلاً حسناً في سرطان المريء ؟ لا يؤدي الراديوم الى نتيجة حسنة في معالجة السرطانات الا اذا شملت اشعته الورم برمته ولما كان تحقيق هذا الامر في سرطان المريء مستصعباً كان الراديوم في معالجته سيفاً ذا حدين فاذا ما زيد المقدار المستعمل منه ادى الى حروق

واسعة ونتائج وخيمة او خفف المقدار لم يقض على الورم القضاء المبرم .

ومع ذلك فاذا كان الورم لا يزال محصوراً في المريء ولم ينتشر الى الجوار ومتى كان قاعدي الخلايا ، وهذا النوع كثير الحدوث في سرطانات المريء ، فعل الراديوم فيه فعلًا حسناً واستعاد المريض البلع بعد ان كان فقده وتمكن من التغذية الحسنة وطالت حياته بضع سنوات حتى ان احد المرضى طالت حياته بعد المعالجة بالراديوم ستاً وعشرين سنة .

م . خ .

❀ ❀ ❀

الشباب والإشباب

(٥)

طريقة فورونوف[1] ورأيه في الإشباب

للعليم شوكت موفق الشطي

يقول فورونوف ان رسل الغدد التناسلية تؤثر في معظم اعضائنا او بالاحرى في البدن جميعه ويزعم ان الغدة المذكورة توزع القوة وتنشط جميع اعضاء جسدنا الذي تعمل فيه الوف الملايين من الخلايا بلا انقطاع ولكل منها عملها الخاص . فالخصية تفرز الحيويات المنوية لالقاح البيضات والتناسل غير انها في الوقت نفسه تفرز مفرزاً متى سار في الدم حمل الى جميع النسج القوة والنشاط والشباب فقد وضعت الطبيعة في هذه الغدة وحدها مصدر الحياة وينبوع تجدد النسل. ويدعي فورونوف ان شيخوخة الانسان هي شيخوخة خصيته وفتوته هي خصب خصيته او تطعيمه بخصية جديدة تفرز مفرزاً جديداً تقوى به الاعضاء السائرة في الجسد وقد اورد فورونوف لاثبات نظريته كثيراً من الشواهد فقد درس الامر اولاً في الحيوان ثم عاد الى درسه في الانسان فاذا خصي الديك ذبل عرفه وامتنع عن الصياح وفقد نشاطه وحماسه وخمدت غريزة السيطرة فيه واذا خصي كلب الصيد خسر كثيراً من صفاته

(١) نقتبس اكثر ما جاء في هذا البحث من محاضرة القاها استاذنا الفاضل امس وزميلنا اليوم العالم الأديب الدكتور مرشد بك خاطر موضوعها «فورونوف والمجتمع البشري»

الحسنة الدالة على ذكائه وانحط عن الكلاب الاخرى والامثلة كثيرة على ذلك يطول بنا عدها

اما الانسان فلا تجيز القوانين خصاءه لدرس العوارض والتبدلات التي تطرأ عليه بعد الخصاء غير ان درس المخصيين في مصر واستانبول كان امثولة كافية لمعرفة هذا الامر . وقد استفاد فورونوف اثناء اقامته في مصر من احتكاكه بهذه الفئة ودرس طباعها والتبدلات التي كانت تطرأ على اجسادها وعقولها بعد الخصي الفائدة الكبيرة فأوحى اليه هذا التأمل طريقته وكشف له الطريق الذي سلكه فقد لاحظ ان المخصي اذا خصي بعد البلوغ يتناثر شعر وجهه ويترهل خداه ويشابه منظره منظر النساء المسنات ويسمن بدنه ويجسم ثدياه وتضعف عضلاته ويسترخي قوامها ويلطف صوته ويقل نشاطه ويشيخ باكراً ويتجعد جلده في الاربعين او الخمسين ويتوسف وتظهر على قرنيته دائرة الشيخوخة ويفقر دمه وبكلمة واحدة تضعف قوى اعضائه الجسدية جميعها وتخمد ذاكرته وينقص ذكاؤه وتخشن عواطفه ويستولي عليه الخوف فيفقد الجرأة

ولنا امثلة اخرى في الانسان يستطاع درسها اعني بها الاشخاص الذين يفقدون خصاهم لطوارىء تطرأ عليهم او لأمراض تصيبهم فتستدعي استئصال غددهم فان هؤلاء تعتريهم التبدلات المذكورة آنفاً وكذلك القول في من يولدون وخصاهم ضامرة وفي الحياة عدد عديد من هؤلاء. ألسنا نرى من آن لآخر رجالاً مرط الوجوه مجعدي الجلود لطفاء الصوت تبدو عليهم الشيخوخة الباكرة فهؤلاء جميعهم قد ذبلت خصاهم ونضب

افرازها الداخلي او قلّ ويستطاع اثبات الامر بضده فتى كانت الخصيتان كبيرتين او احداهما جسيمة او متى ولد الولد بثلاث خصى كان منظره معاكساً للمشهد الاول والمجلات الطبية تورد لنا آونة بعد اخرى مشاهدات من هذا النوع .

فقد ذكر الاستاذ مارو (Marro) حادثة ولد في التاسعة من عمره نبتت لحيته وذرّ شارباه وكان منظرة منظر شاب له من العمر عشرون سنة على الرغم من قصر قامته وكان نشاطه شديداً وعضلاته مفتولة وعقله يفوق عقل ابناء سنه وما ذلك الا لأن احدى خصيتيه كانت جسيمة للغاية فهال امره ابويه فذهبا الى من استلّ له تلك الخصية فلم تمر بضعة اشهر عليه حتى تناثر شعر وجهه وصغر حجم عضلاته وخفت قوى عقله وعاد ولداً مناسباً لابناء سنه كل هذا يبين لنا ان الخصيتين لا يؤثر مفرزهما الداخلي في الصفات التناسلية فقط بل في القوتين الجسدية والعقلية ايضاً . وما يقال في غدة الرجل التناسلية يقال ايضاً في غدة المرأة التناسلية او المبيض فاذا نزع المبيض والمرأة فتية شاخت بسرعة واذا كان المبيضان جسيمين سرعا نمو الابنة واحدثا اعراضاً شبيهة بما تحدثه الخصيتان الجسيمتان

وقد نشرت المطبوعات الطبية منذ بضع سنوات صورة ابنة عمرها ثلاث سنوات واحد عشر شهراً كان منظرها شبيهاً بمنظر ابنة لها من العمر اربع عشرة سنة لان احد مبيضيها كان جسيماً . والشيخوخة في عرف فورونوف نوع من الخصاء لان الطبيعة تخصي الرجل والمرأة وتعاقب السنوات يصلب الغدد التناسلية فيعود منظر الشيخ شبيهاً بمنظر المخصي بما يتعلق بصفات

جسده وعقله . بعد ان عرف فورونوف كل ما ذكر فكر في ان يعيض عن الخصيتين اللتين تصلبتا في الانسان وفقدتا وظيفتهما المجددة للشباب بخصية مأخوذة من خليقة فتية ولما كان الامر متعذراً في الانسان لان القوانين لا تجيز له التصرف باعضائه وهبتها ولو اراد . فكر في الحيوان الأشد قربا من الانسان بتركيب جسده وكريات دمه، فكر في بعض انواع القرود ولاسيما البَعَام (الشمبنزي) وبدأ يطعم الانسان بخصية هذا القرد فكان له ان رفع عن الانسان وقر الشيخوخة

طريقة فورونوف الجراحية (١) : لهجت الالسنة كثيراً في السنوات الاخيرة بطريقة فورونوف وعلق كثير من الشيوخ آمالهم بها ونظروا الى رفات الشاعر العربي نظرة تمازجها ابتسامة النصر والظفر قائلين ان ما تمنيته اذ قلت

فيا ليت الشباب يعود يوماً لأخبره بما فعل المشيب

قد تم وها ان الشباب الذي طوته السنوات طي الرداء انبلج فجره من وراء جبل العلم وبدا فورونوف من على قمته رافعاً يده علم الشباب وداعياً الشيوخ الى الاستظلال بظله الوارف .

أجل كبيرة كانت الآمال التي علقها بنو البشر على هذه الطريقة ولذيذة كانت تلك الاحلام فكم من النساء اللواتي جعّد وجوههن الهرم واذبل نضارتهن العمر كن ينتظرن من فورونوف عودة الى الشباب ورجوعاً

(١) مختصرة من مقال للدكتور مرشد بك خاطر استاذ امراض الجراحة في المعهد الطبي نشر في مجلة المعهد الطبي جلد ١ جزء ٣ ص ١٣٩

الى النضارة ولكن سرعان ما ذوت زهرة الأمل في قلوبهن فهن الآن واثقات في العلم ومترددات بنجاحه وما كن ليثقن به لو لم يكن من فوزه منفعة لا تعادلها منفعة .

لا ارمي في مقالي هـذا الى الحط من مقام هذا الابار (١) ولا انكر بعض فائدته لانني ان لم اكن من المعجبين به فلست من المغالين في تحقيره كما يفعل بعض المتطرفين

انكر البعض على الابار بخصية القرد كل فائدة ونسبوا التحسن الذي كان يطرأ على المأبور الى الاقناع والتصور كما يحدث في شفاء بعض الادواء العصبية بالتنويم المغناطيسي ولكنني ارى ان خفة الضغط الشرياني بعد توتره الشديد في الشيوخ المصابين بالتصلب الشرياني وتحقق هذه الخفة بالمقياس وقوة التقلص العضلي وزوال العنانة واضمحلال التشوشات البوليـة في المصابين بضخامة الموثة (البروستات) وغير هذه من التطورات التي تعقب الأبار لا تنشأ عن الاقناع والتخيل بـل تعزى الى المفرغات الداخلية للخصية، افراغات كانت قد نضبت في خصى الشيوخ فأدت الى تلك التشوشات فلما عادت الى الجسد استعاد الجسد بعض قوته ومما يدحض ايضاً قول القائلين بالاقناع ظهور تحسن محسوس في الحيوانات المأبورة ولست اظن ان الحيوانات خاضعة لسنة الاقناع .

غير ان ما قيل ويقال عن فوائد هذه الطريقة لا يزال مشكوكاً في ثباته واستمراره فالطريقة اذن طريقة تستعمل في معالجة بعض الحالات وهي لا تخرج عن كونها موقتة

(١) ابر النخل والزرع أبراً وأبارة القحة فالأبار مقابل كلمة (gréffe)

تفيد ولا تثبت فائدتها طويلًا ولعل السبب عائد الى الخصية المأبور بهـا من جهة والى الطريقة الجراحية من جهة اخرى . اما الخصية فلا رجاء بحياتها الطويلة بعد ان قطعت عروقها المغذية وفقدت مادة التغذية الاساسية وهي الدم ودفنت في انسجة جديدة لاتعيض عليها ما فقدت لانها لا تلبث ان تذوى وتتلف قبل ان يجهزها البدن الذي ضافها بعروق دقيقة حديثة التكون توفر الدوران الدموي فيها . واما الطريقـة الجراحية فبجعلها الخصية في مكان لا تجد فيه الشروط التي كانت حاصلة عليها وهي في قميصها الباطن تعرضها للتلف وهـذا ما دعا الجراحين الى تنويع الطرق الجراحية املًا بوجود ناحية تلائم الخصية المبتورة شبيهة بالناحية التي كانت عائشة فيها فمنهم من وضعها في الصجان ومنهم في جدار البطن وبعضهم دفنهـا في جوف البطن تحت الصفاق (الباريطون) والبعض الآخر اسكنها في جوار الكلية ولم تتعدد هذه الطرق الا بعد ان وجدت كل فئة من الجراحين ان طرق الفئات الاخرى التي تقدمتهم لم تكن فوائدها ثابتـة وان المفرعات الداخلية للخصية بعد ان تكون قطلت وظهر فعلها في البدن الجديد لا تلبث ان تنضب لاستحالة الخلايا الخلالية التي ينسب اليها علماء الغريزة اليوم الدور المفرغ فما من طريقة اذن فضلت الطريقة التي سبقتها وهذا ما يدعوني الى ان اصف طريقة فورونوف الجراحية كما وصفها وقـد سار عليهـا كثيرون سواه اخص بالذكر منهم بوده (Baudet) وايفورياك ودارتيغ (Dartigues) الذي نأخذ عنه معظم هذه المعلومات .

لم يقدم فورونوف على طريقته الحديثة الا بعد ان درس المسئلة درساً دقيقاً ووعى ما اقرته الغريزة (الفسيولوجيا) من القواعد العامة فقد عرف

١ً — ان الجسد ذكراً كان ام انثى يستفيد فائـدة غريزية متى ابر بغدة تناسلية شبيهة بغدته

٢ً — ان البنية تستفيد الفائدة الـكبرى من المنبهات الموجودة في مفرغات الغدة ما زالت الاجزاء المأبور بها التي دفنت في انسجة الجسد محافظة على حياتها اي مازالت عناصرها الغدية لم تختنق ولم تتصلب ولم تتلف .

٣ً — ان الاباد ينبت بسهولة اذا اخذ من غدة مخلوق لم يختلف جنسه عن جنس المخلوق المأبور ويصعب التطعيم متى اختلف الجنسان ولا سيما متى تباينت طباعهما واخلاقهما

وتركيب جسديهما وهذه القاعدة عامة في جميع الانواع حيوانية كانت ام نباتية . غير ان لبعد الجنس حداً ودرجات فتى كان الجنسان متقاربين كان التطعيم ممكناً وان لم يكونا واحداً وهذا مادعا فورونوف الى انتقاء خصية البعام (الشامبنزي) وتفضيلها على سواها لان الحصول على خصية الرجل صعب المنال ويعرض طالبهـا لخرق القوانين الاجتماعية والقضائية ولما كان البعام في اعلى درجة من سلم الحيوان وكان الانسان قريباً منه لا تفصله عنه من الوجهة الجسدية الا فروق خفيفة وان فصلته عنه فروق لا مادية تجعل ضم هاتين الحلقتين الحيوانيتين الناطقة وغير الناطقة مستحيلاً مهما زعم الزاعمون — وكانت صفات دمه اي كرياته ومصله كثيرة الشبه بصفات دم الانسان، حق لفورونوف ان يجعل بين الانسان والقرد قرابة حيوية لا تقوى على انكارها والمخابر تثبتها وان يكن الاقرار بها مؤلماً وجاز له ان يفضل القرد على سواه وينتقي خصيته للأبر بها غير ان بعض انواع القرود الاخرى لم ترض بالتنزل عن هذه القرابة ايضاً وجارت البعام في طلب حقها ولا سيما النوع المسمى القطرب (سينوسافال)

ويجب ان يؤخذ الابار من خصية وصل حاملها الى سن البلوغ لان الخصية في زمن الحداثة اي قبل البلوغ لا تفرغ هذه المفرغات الداخلية ولا تفيد الرجل المأبور فاذا كان الجراح يؤمل بعض الفائدة يجب عليه ان يراعي هذا الشرط الاساسي والا كان فشله مقرراً . اما العلائم التي تدل على نجاح التأبر الاصطناعي فهي خفة التوتر الشرياني وازدياد القوة العضلية ونقص الانفضاج (شدة السمن) ونبت شعر اللحية والشاربين وتحسن الرؤية وغير ذلك من الاعراض الدالة على فعل المفرغات الداخلية للخصية . واما حجم الابارات فتهم معرفته كثيراً لان ما يتبعه الجراح ويؤمله انما هو بقاء الابار حياً ريثما تتكون عروق جديدة اي استمرار حياته في تلك الآونة الحرجة التي يمر بها من الجسد المأخوذ منه الى جسد آخر يجهزه ببعض عروق صغيرة تضمن حياته ورغبة الجراح في الحصول على هذه النتيجة تدفعه .

أ — الى انتقاء ابارات صغيرة فلا يجوز اذن أن يؤبر بالخصية كلها ولا ان تقطع منهـا قطعة كبيرة ايضاً لان العروق الدقيقة الجديدة لا تتكون كما هو معلوم الا على الطبقـة السطحية فاذا كان الابار كبيراً لم تصل تلك العروق الى اقسامه العميقة لتنقل اليهـا

الغذاء فتموت ويمتد الموات الى الاقسام السطحية ايضاً فتكون جسامة الابار سبباً في موته

ب — الى ترك الابارات الصغيرة التي تشبه البزور المبذورة كما اشار بعض المختبرين لأن القطع متى كانت صغيرة التهمتها بلعمات الجسد الذي ضافها فيكون صغر الابار عندئذٍ سبباً في موته .

ج — الى نحت ابارات كأنها لسينات دقيقة ليسهل على العروق الدقيقة الجديدة اختراقها واذا كان حجم الابار شرطاً من الشروط الاساسية في تأبره ونموه فان سرعة نقله من البنية التي كان فيها الى البنية المعدة لقبوله شرط لاتقل اهميته عن الشرط الاول لان هذا الابار مشحون قوة عظيمة من المفرغات الداخلية ومعد للانتقال من بنية تختلف بعض الاختلاف الحيوي عن البنية التي ينتقل اليها فاذا لم تكن السرعة التي يمر بها من الواحدة الى الثانية كبيرة اضيفت الى الشروط التي لا تلائمه في مسكنه الجديد حالات تعرضه للتلف وهو في طريقه

وبما اننا سنفصم حبل حياة الابار الاساسية لكي نلقيه في ميدان حياة جديدة يعيش فيها بفضل عروق صغيرة جديدة ويحيا بفضل الحرارة الملائمة التي يلقاها يترتب علينا ألا نقطع حبل تلك الحياة الا في الدقيقة الاخيرة اي ان نبقيه معلقاً بحبله المنوي المغذي ريثما ننتهي من تحضيره كما يفعل المولدون بتأخرهم — بحسب نصيحة بودان — عن قطع السرر بعد ولادة الوليد بضع دقائق املا باكسابه وهو خارج رحم امه قليلاً من دمها السخدي قبل ان تهبه القطرات الاولى من لبانها . وقد اثبت الاختبار ان خيبة الابارات التناسلية ذكراً ام انثى ذات علاقة وثيقة بمقاديرها وبالمكان الذي تدفن فيه لانها ان لم تجد فيه ما يكسبها الحياة او مصلاً كافياً لارتوائها ماتت كما لو دفنت تحت الجلد او في العضل او تحت الشحم او في الصفاق ولهذا كان للابارة مقر منتخب ووجب علينا ان نجعل الابر قريباً من العضو المشابه له الذي يرويه دوران خاص به ويتصف بوسط افرازي وكيمياوي خاص وغريزة خاصة وهذا المقر قد انتخبه فورونوف الا ان غيره من الجراحين لا يرون رأيه فيه ولعل طريقته افضل كل الطرق. وبوضع الابار على الوجه الظاهر للقميص الداخلي او على الوجه الباطن والاخير افضل بسبب الري الدموي او تموح المصل الناتجة عن تخرش المصلية تخرشاً آلياً وما التموح الا ارض ملائمة للزرع الخلوي ويجب ان ينضر السطح المعد لوضع الابار فيه ويتم تنضيره بتبزيغه تبزيغاً خفيفاً برأس المشراط يساعد على تكون العروق الدقاق فيه .

دفن الابارات : ان دفن الابارات تحت لحاف كالقميص الحلوي الليفي المرتوي بالدم ارتواء يفوق ارتواء الطبقات الاخرى العميقة يحفظ الابار حفظاً تاماً وجعل الابارات على الوجه الباطن للقميص الداخلي أُدخل حديثاً على هذه العملية وكان سبباً في كثرة نجاحها لان الابار يشبه عندئذ دودة القز في الفيلجة ويدفن كل ابار على حدة متى اختيرت طريقة الوجه الظاهر للقميص الداخلي وتدفن الابارات كلها دفعة واحدة متى اختير الوجه الباطن. ومتى كان القميص الداخلي صغيراً وضيقاً وملتصقاً يجب الا توضع هذه الابارات في جيب لا وجود له لان القميص لا يحيط عندئذ كل الاحاطة بها فتموت. وتفضل حينئذ الطريقة الثانية

توزيع الابارات : يجب ألا تكون الابارات قريباً بعضها من البعض الآخر كثيراً وان تحاشى عن ملامسة احدها للآخر ويجب ايضاً ان يراعى في وضعها نظام وترتيب خاصان وان يكون بينها فواصل كافية لترتوي ارتواء حسناً وتحيا ولهذا يجب ان توزع الابارات على الخصين لا على خصية واحدة . وتنقسم العملية الجراحية قسمين الاول منهما يصنع على القرد ويقوم بفصع الغدة التناسلية ونحت ابارات منها والثاني على الرجل ويقوم بابر الاقسام المأخوذة وتثبيتها . ويجب ان تجرى العمليتان في آن واحد اي ان يجري احد الجراحين العملية على القرد بينا جراح آخر يجري العملية الثانية على الانسان ولتراع في الاثنتين قواعد الطهارة والتطهير مراعاة دقيقة وليجتنب قطع الابارات كما سبق مرة واحدة وليقطع الواحد منها بعد الآخر بينا الجراح الآخر يأبرها ويلصقها فاذا روعي هذا الشرط الاخير وهو عظيم الشأن لم ينقطع عن الابارات غذاؤها ودورانها الا بضع ثوان

عملية القرد : يخدر القرد في قفص خاص وبعد ان يستغرق في النوم يحمل ويوضع على منضدة العملية ويربط طرفاه العلويان وطرفاه السفليان ربطاً قوياً ويحلق شعر قاعدة الفخذين والصفن وتطهران تطهيراً متقناً ثم تحاط الناحية بالرفادات المطهرة . وتبدأ العملية على الصورة الآتية :

ففي الزمن الاول: تؤخذ الخصية بين ابهام اليد اليسرى وسبابتها وتشد غلافاتها لكي يسهل شقها ويؤخذ باليد اليمنى مشراط رأسه حاد فيشق به شق محاذ للخط الممتد من قطب الخصية العلوي الى القطب السفلي قاطعاً غلافات الخصية جميعها فتتعرى الخصية من

غلافاتها وتخرج مع ربخها خارج الشق

وفي الزمن الثاني : يقطع البربخ بالمقص لان بتره واجب قبل شق الخصية شقوقاً متناسبة وفصلها الى ابارات

وفي الزمن الثالث : تقسم الخصية ستة اقسام متساوية وكل منها يكوّن إباراً واحداً وتوصلاً الى ذلك تثبت الخصية التي لا تزال معلقة بحبلها المنوي بمنقاش تشريحي تحمله اليد اليسرى ويحمل هذا المنقاش على قطبها السفلي ولا يتناول منها الا لحافها الابيض ثم يؤخذ باليد اليمنى مقص قوي قاطع فيشطر الخصية شطرين حسب الوجه السهمي ثم يقسم كل نصف ثلاثة اقسام متساوية فيكوّن النصف الايسر ثلاثة ابارات معدة لأبر خصية الرجل اليسرى والنصف الايمن ثلاثة ابارات معدة لابر خصية الرجل اليمنى . وبعد ان تنفصل الخصية الى ستة اقسام متساوية تؤخذ واحدة من هذه القطع الست بمنقاش تشريحي من رأسها وتقطع فيتكوّن منها إبار وتبقى القطع الاخرى عالقة بالحبل المنوي ومتناولة منه غذاءها ريثما ينتهي الجراح الثاني الذي يكون قد اجرى العملية على الانسان من ابر القطعة التي قدمها له الجراح الاول فيقطع عندئذ اباراً ثانياً ويدفعه اليه ليأبره ولا يعطيه ابارين دفعة واحدة .

وفي الزمن الرابع : بعد ان ينتهي الجراح الاول من قطع الابارات الستة والجراح الثاني من ابرها يربط الجراح الاول الحبل المنوي بخيط حرير او كتان ثم يقطعه

وفي الزمن الخامس : يخيط غلافات الكيس بابرة راواردان غرزاً متفرقة بخيط حرير او كتان

عملية الرجل : تطهر ناحية الصفن ثم يباشر التخدير الموضعي تحت طبقات الجلد وهذه هي ازمنة العملية

الزمن الاول : يؤخذ الصفن باليد اليسرى وتسند الخصية الى الوسطى والسبابة اللتين تشدان غلافات الصفن في الخلف ليسهل شقها ثم يشق الجراح الجلد بالمبضع الذي يحمله بيده اليمنى شقاً واقعاً على المحور النصفي للجهة التي خدرها ويقطع هذا الشق جلد الصفن كله وبعد تفريقه عن الطبقة الليفية توضع عليه بضعة مناقيش ليعرف ثم يشق الجراح شقاً ثانياً بعدان يأخذ الخصية بيده اليسرى كما في السابق ويشق الطبقة الليفية شقاً واسعاً على مسير

الشق الصفني الاول ويفرق بالمقص هذه الطبقة عن الوجه الظاهر لطبقة القميص الغشائي قاطعاً كل الألياف الخلوية التي تربط هاتين الطبقتين احداهما بالاخرى .

ثم يباشر تحضير السطوح المعدة لابر الابارات بالبرغ والبشر وذلك ان تعقف اصابع اليد اليسرى الثلاث الواقعة في الوسط كأنها محجن فتقلب الطبقة الحاوية الليفية وتبسط وجهها الباطن بينما اليد اليمنى تبرغ برأس مبزغ حاد المكان المعد لابر الابارات بزغاً خفيفاً يدعو البنية الى تكوين عروق دقيقة جديدة بين الطبقة الخلوية الليفية والوجه الظاهر اللبي للابار الخصوي

الزمن الثاني : يؤخذ الابار ذو الشكل البيضي من طرفيه بمنقاش شابو ويعتني المعاون بجعله ملاصقاً ومنطبقاً على السطح المعد له ويجب ان يكون سطح الابار اللبي ناظراً الى الوجه الظاهر للقميص الغشائي وتؤبر كل خصية من خصيي الرجل بثلاثة ابارات احدها نصفي على الوجه الامامي لوريقة القميص الغشائي الجدارية والآخران جانبيان في الرتجين او الجيبين الصفنيين اللذين كونا لهذين الابارين ويثبت كل ابار من قطبيه بابرة دقيقة وبخيط حشة دقيق رقمه (٠٠) . ويجب ان تخترق الابرة من الابار لحافه الابيض الشديد المقاومة وألا يكتفى بان تجتاز اللب الذي يسهل تمزقه . ومراعاة هذا الشرط تضمن للابار التصاقه وثباته وتأبره

الزمن الثالث : بعد ابر الابارات الثلاثة يأخذ المعاون بمنقاش طرفي الطبقة الخلوية التي شقت شقاً خيطياً ويشدها شداً يمكن الجراح من خياطتها بسرعة خياطة ثلاثية بخيط حشة دقيق رقمه (٠ أو ١) ثم ينزع المنقاشان ويوضعان على الصفن ويشد بهما المعاون شداً مستطيلاً كما شد شق الطبقة الليفية ويخيط الجراح الجلد غرزاً متقطعة بالحرير الدقيق ويجوز ان يخاط الجرح بمقارب ميشل .

نتائج طريقة فورونوف كما يصفها هو
في الجسد والعقل واطالة الحياة

يؤثر التطعيم في الجسد تأثيرات عديدة تبين بجلاء ما للمفرز الخصوي من الفعل العجيب فهو اولاً ينبه القوى التناسلية وليس هذا بالامر الذي

يرغب فيه الانسان عادة متى هرع الى الاختصاصي سائلاً اياه ان يطعمه بخصية قرد فتي لان الشيخ بعد ان يكون قضى حياة طويلة واكمل بها دوره التناسلي ينظر اعباء هذه الحياة التي تثقل كاهله فيرغب في زحزحتها عنه وقلما يفكر في التصابي والمودة الى مغازلة الحسان . ويقول فورونوف ان الذين طعموا بغية استعادة القوة التناسلية لا يتجاوزون ثلاثة في المائة على ان التطعيم لا يعيد هذه الخاصة الا متى كانت خصيا الشيخ لم تبلغا من التصلب حداً اقصى لان التطعيم لا يحيي الميت بل ينبه الحياة الذابلة على ان قول فورونوف هذا لا يوقن به تماماً لان الشيوخ يخفون رغبتهم الثانية وقلما نجد من يجاهر بها اذا استثنينا بعض الشعراء الذين يظلون يتغنون بما يخالج قلوبهم من الحب والتصابي والشاعر العبقري الفرنسي فيكتور هيغو اكبر مثال على ذلك فان زهرة الحب لم تذوِ في قلبه حتى الثمانين من عمره

ويؤيد هذا القول ما جاء في كلام معلم العقل والعلم والادب الجاحظ حيث يحدثك عن محمد بن عباد فيقول انك سمعته يقول « جرى ذكر النساء ومحلهن من قلوب الرجال فقال لمخاطبيه ألستم تعلمون اني قد اربيت على المائة فينبغي لمن كان كذلك ان يكون وهن الكبر وموت الشهوة وانقطاع ينبوع النطفة قد امات حنينه الى النساء وتفكيره في الغزل وينبغي ان يكون من عوّد نفسه تركهن مدداً وتخلى منهن سنين ودهراً ان تكون العادة وتمرين الطبيعة وتوطين النفس قد حط من ثقل منازعة الشهوة ودواعي الباه وينبغي ان يكون من دعاه الزهد في الدنيا وسنحت نفسه عن السكن والولد وعن ان يكون مذكوراً بالعقب الصالح ان يكون قد نسي هذا الباب كله ان كان

قد مرّ منه على ذكر . ثم قال فاني بعد جميع ما وصفت لكم لا أسمع نغمة المرأة فأظن مرة ان كبدي قد ذابت واظن مرة انها قد تصدعت واظن مرة ان عقلي قد اختلس وربما اضطرب فؤادي عند ضحك احداهن حتى اظن انه قد خرج من فمي فكيف ألوم عليهن غيري»

ودليل آخر نقدمه رداً على دعوى فورونوف هو ما شاع عنه من امر زواجه بفتاة في ريعان الصبا

لذلك نعتقد ان الشيوخ الذين عالجهم فورونوف لم يكاشفوه الا بامنية واحدة من امانيهم فجعلوا النشاط الحيوي هدفاً اولاً لاعتقادهم بانه متى تمّ لهم ذلك تحققت في الغالب اغراضهم الاخرى .

١ً — خفة الانفضاج واعني به فرط السمانة: نرى حيث سرنا اشخاصاً يتجاوز وزنهم مائة كيلو يحملون حيث ساروا هذا الحمل الثقيل ولا يجدون الى القائه عنهم سبيلًا . ان هؤلاء تكون مفرزات غددهم الداخلية قد قلّت او اختلت ولا سيما مفرزات خصاهم فطمت الخلايا الشحمية في اجسادهم على الخلايا الشريفة وحلت محلها فاذا جددنا فيهم هذا المفرز الخصري بان طعمناهم بخصية جديدة ترسل الى دمائهم هذا السائل المنبه خفت وطأة تلك الشحوم وفقدوا كثيراً من وزنهم وطرحوا عنهم ذلك الحمل الثقيل الذي القته الطبيعة على اكتافهم ويدعي فورونوف ان احد مطعميه فقد في بضعة اشهر عشرين كيلواً من وزنه .

٢ً — انقاص التوتر الشرياني : شرايين الانسان مرنة لينة غير ان مرور السنوات يصلبها ويقسيها وكذلك القول في الكليتين فمتى صلبتا ارتفع توتر

الدم في الشرايين واضطر القلب الى مضاعفة عمله للقيام بارسال الدم في شرايين صلبة لا تساعده بمرونة جدرانها على عمله فيضخم ويتسع ويرتفع التوتر الشرياني وبعد ان يكون في الشاب المرنة شرايينه ١٣ سنتمتراً يبلغ ٢٠ سنتمترا ويتجاوز هذه الدرجة احياناً وهذا الامر لا مناص منه لان العمر اشبه شيء بحسب تشبيه بعضهم بالصداء الذي يعلق بتلك العروق الدموية، فاذا ما طعم الشيخ المتصلب وبعث ذلك الطعم بمفرزه المحيي في الدم ونبه الخلايا الشريفة دبت فيها روح الحياة والتجدد فلانت العروق وانخفض توتر الدم وهذه الحادثة التي لا يدركها غير الطبيب ولا يعبأ بها المرضى لانهم لا يفقهون مالها من الشأن اكبر دليل على ما للطعم الخصوي من التأثير في اعادة قوة الشباب لان الانسان بشرايينه فاذا ما صلبت شاخ ولو لم يتجاوز الاربعين واذا ما كانت لينة بقي فتياً ولو تجاور السبعين فاذا لم يكن للطعم من تأثير سوى هذا لحق لنا ان ندعوه المنقذ الاكبر للشيوخ .

٣ — قوة العضلات: الطعم يجري في العضلات روح الحياة فينشط الجسد ويقويه ويعود الشخص الى حياة الكهولة

٤ — تحسن حالة المصابين بضخامة الموثة (البروستاة) والتهابها : متى شاخ الانسان تضخم موثته وتعتريه اختلالات بولية قد تفضي الى انسمامه فموته او تضطرهم الى اجراء عملية جراحية تستأصل بها هذه الغدة ولا يخلو هذا العمل الجراحي من خطر والتطعيم الخصوي يحسن حالة الموثيين تحسيناً شديداً ويزيل الاختلالات البولية التي تعتريهم ويخفف عنهم وطأة هذه الحالة المزعجة التي قد تتغلب في بعض الشيوخ على جميع الاضطرابات التي تصيبهم

٥ – تأثير الطعم في العقل – لا يقل عن تأثيره في الجسد لا بل يفوقه لان الانسان بعقله فاذا كان مقعداً وبقيت له قواه العاقلة وظل نور دماغه مضيئاً يبعث بافكاره الوضاءة التي اكسبها الاختبار الطويل سداداً فانه يظل سعيداً ولو حرم حياة المشاركة لانه اذا تعذر عليه ان يشارك بني جنسه بجسده الضعيف تمكن من مشاركتهم بعقله النير وكتاباته وافكاره والسواد الاعظم من الذين يطلبون الطعم على رأي فورونوف يطلبونه لهذه الغاية فاما ان يكونوا قد فقدوا الذاكرة فيأملوا ان يعاد اليهم ما فقدوه واما ان يكونوا قد خسروا توليد الافكار واحكامها وترتيبها فيرجوا ان يستفيدوا ما خسروه واما ان يكونوا قد عجزوا عن الاتيان بأخف الاعمال العقلية. وفعل الطعم على رأي فورونوف في هذه الحالة عجيب غريب فكم من المحامين عادوا الى كراسي المحاماة بعد ان كانوا قد اعتزلوا مهنتهم الحرة لتبدد افكارهم ولعجزهم عن المرافعة ولضياع ذاكرتهم وكم من الاطباء الذين هالهم ما هم فيه من وهن القوى العاقلة وعجزهم عن استجماع افكارهم لتشخيص امراض مرضاهم وتوجيه المعالجة الفعالة اليهم فقبعوا في بيوتهم واعتزلوا مهنتهم واذا بهم بعد التطعيم يعودون الى مسرح الطبابة كأن حياتهم قد تجددت وكأن الشباب قد عاد اليهم وكم وكم من الشعراء الذين نضبت قريحتهم وخشنت عواطفهم بعد ان كانت اشعارهم ترنح سامعيها فكسروا القلم وقطعوا كل صلة بالكتابة والتنقيب فاذا بهم يعودون الى تدبيج المقالات الشائقة ووضع المؤلفات النادرة وكشف المكشوفات العجيبة. ولا عجب فاننا اذا القمنا نظرة على حياة كل فرد من المنفردين

التابغين رأينا ان اعظم الاعمال التي قام بها قد تمت في الزمن الذي كانت به غدتاه التناسليتان نشيطتين ويقول مشنيكوف ان التابغة يفقد كثيراً من نبوغه متى خسر وظيفته التناسلية . فاذا ما اعيد الى الشيخ الحكيم الذي خبر الدهر وحنكته السنون نشاطه الذي فقده كانت له قوة الشباب وحكمة الشيوخ وصفوة القول ان قوى العقل والجسم جميعها تتبدل تبدلاً غريباً بفعل الطعم

٦ً — اطالة الحياة: هل تطيل عملية فورونوف الحياة؟ اذا كان المفرز الخصوي الداخلي يؤثر هذا التأثير الحسن واذا كان المخصيون يشيخون قبل الاشخاص الاصحاء فانهم ولا شك يموتون قبلهم ايضاً واثبات الاول مستصعب على الانسان لانه يستدعي وقتاً طويلاً لم تجتزه بعد طريقة التطعيم الحديثة غير انه سهل على الحيوانات لان حياتها اقصر من حياة الانسان . اما في الحيوانات فقد دلت الاحصاءات على ان حياة الحيوانات المطعمة تطول . فقد طعم فورونوف كبشاً في سنته الثانية عشرة فماش وهو ممتلىء نشاطاً حتى العشرين سنة والسنة العشرون من حياة الكبش تعادل في الانسان المائة والستين لان شيخوخة هذا الحيوان تبتدىء في السنة التاسعة واقصى حياة يصل اليها لا تتجاوز الرابعة عشر فيكون الطعم قد اقصى الشيخوخة عن الكبش لانه بقي الى آخر ايام حياته نشيطاً يقوم بوظيفته التناسلية حتى الموت واطال حياته في الوقت نفسه زهاء خمس سنوات . والاختبارات من هذا النوع عديدة نضرب صفحاً عنها غير انها تبين بجلاء ان الطعم يطيل الحياة ايضاً

ذلك ما يقوله فورونوف عن طريقته غير ان المنقبين ابانوا ان النتائج ليست واحدة في جميع المبضوعين وانها تختلف من شخص لآخر .

وقد ذكرت حديثاً الصحف الطبية والجرائد اليومية ما شوهد في شيخ طعم على طريقة فورونوف نثبته هنا للتفكهة ليكون بحثنا كاملاً على اننا لا نعتقد بان تطعيم الانسان بخصية القرد تكسبه صفات هذا الحيوان ذكرت جريدة كوريري ديللاسيرا التي تصدر في ميلانو تفاصيل حادث عجيب وقع للاستاذ المتقاعد جان ساندور وكان له ٧٦ سنة من العمر ، وجد الاستاذ المذكور ان بلوغ هذه السن يجب ألا يكون حائلاً بينه وبين الاستمتاع بما يتمتع به الشباب وخطر له ان يطعّم بخصية القرد فاجرى له الدكتور رينمس عملية فورونوف . وخيل بادىء ذي بدء انها نجحت الى ابعد حدود النجاح . الا انه اتفق ذات يوم ان زار الاستاذ ساندور حديقة الحيوانات في بودابست ورأى القردة فيها فاصفرّ لونه فجأة وأغمي عليه وخف الناس لاسعافه فلما افاق اخذ يصرخ ويصيح قائلاً ان حياته ستصبح كحياة هذه القرود وكانت دهشة القوم عظيمة حين شرع يقلد اصوات القرود وحركاتها . وعاش منذ ذلك اليوم ساندور عيشة القرود فلم يكن ينام في فراش بل يقضي الليل جالساً القرفصاء في احد اركان غرفته ولم يكن يأكل غير الخضر وتجلى ميله الى جوز الهند بنوع خاص. واقبل بعض العلماء يفحصونه وخيّل الى بعضهم ان ما طرأ على الرجل ليس سببه الجنون بل الغدة التي ادخلت على جسده بالتطعيم

الاشباب بطريقة دوبلر

طريقة دوبلر (Doppler) — بُحث عن هذه الطريقة في مؤتمر الاطباء

الالمانيين الذي عقد سنة ١٩٢٨ في براغ والغاية منهـا استئصال الودي (السمباتي) بالطرائق الكيميائية بدلاً من الطرائق الجراحية التي لجأ اليها لوريش (Leriche) وتقوم هذه الطريقة بتخريب الالياف الودية حول الشرايين بمادة كيماوية كالكحول والنشادر . غير ان هاتين المادتين مؤذيتان ولذلك استعاض عنهـا دوبلر بمادة الايزوفنول (isophénol) . ينتج من ملامسة هذا السائل لنسيج من النسج الحية تقبّض موقت في العروق يتبعه اتساعها اتساعاً شديداً في البيئة المجاورة. يبقى هذا التمدد ثلاثة اسابيع تقريباً . فيطلي دوبلر عروق الحبل المنوي والغدد التناسلية بهـذه المادة فتتوسع عروقها ويفضي ذلك الى نشاط الغدة ويؤول هذا الامر الى الاشباب وطريقة العمل سهلة للغاية فيجرى شق مائل حذاء ثقب القناة الاربية الظاهر ويجرد الحبل المنوي ثم يضرج بقطن او غزيٍّ مبلل بمحلول الايزوفينول ثم يفتح قميص الصفن المصلي وتجذب الخصية الى الخارج وتبزغ بزغاً دقيقاً ثم تطلى بالمحلول المذكور .

ويطلى في المرأة الرباطان العريضان . وقد لوحظ ان النتائج في طريقتي فورونوف ودوبلر تكاد تكون واحدة وتفضل الثانية الاولى بكثير لانها ايسر عملاً واقل نفقة . وقد جرب الاستاذ سيمون من بطرسبرج هذه الطريقة فاتضح له حسن تأثيرها . واليك ما شاهده في بعض مبضوعيه : تحسنت الرؤية وزالت الكدورة الناتجة من الساد (الماء الازرق في العينين) ونقص مد البصر الشيخي ونشطت الحالة العامة بعد اسبوعين من يوم البضع واستمر هذا النشاط شهوراً استعاد فيها الجسم صحته وعافيته وعادت الغريزة

الجنسية الى الظهور بعد طول الغياب وقد استمرت هذا التحسن ثلاث سنوات

طريقة كاوازي في الاشباب

طريقة كاوازي (Cawazzi) تقوم هذه الطريقة بحقن باطن جلد الشيوخ بـ ٢ - ٣ سنتمترات مكعبة من مصل الدم الصادر من خصى حيوانات فتية وسليمة وتستند الى كثرة الرسل في الدم النازح عن الخصية ويمكن في هذه الحالة ان يؤخذ مصل دم اي حيوان كان على شرط ان يكون فتياً في اول البلوغ وسليماً . وهذه الطريقة حديثة قال بها كاوازي من بولونيا سنة ١٩٣١ واجراها في باريز تحت اشراف ابن شارل ريشه وغوتيه وغي لاروش وغلاي لخمسة شيوخ من مأوى العجزة في ايفرى فاتضح للمراقبين ان مصل دم الخصية الراجع يعيد القوى والشبق ويحسن الوظائف العضوية ويزيد وزن الهزالى وغير ذلك من مظاهر الاشباب . لم تدرس بعد هذه الطريقة درساً كافياً غير ان سهولتها وسرعة ظهور النتائج المستحصلة منها واستمرار النشاط اثرها قد يجعل لها مقاماً سامياً بين الطرائق المتبعة في الاشباب .

ومن الوسائل المستعملة في تجديد الشباب والمستندة الى رسل الخصية وحفزها على النشاط تسليط الاشعة المجهولة على الخصية لتنبيه خلاياها على الانقسام او معالجتها بالاستحرار (diathermie) .

تلك هي الطرائق المستندة الى عمل الخصية واثره في الوجود الا ان إيسكلوتدسكي ينتقدها انتقاداً مراً ويقول ان تأثيرها لا اثر له الا في مخيلة موجديها وانه لا صلة لدعواهم بالحقيقة .

واجب الوفاء

لو اتأد البيروتي قليلًا في سيره ولم يسرع الخطى وهو يطوي حافة الميناء في نيسان العام (١٨٤٠) للحظ من وراء الافق شراع مركب مقبلًا يتهادى في فتور وقد اتعبه السفر الطويل. هو آتٍ من بلاد بعيدة لم تبلغها اجدادنا آنذاك حتى في الخيال.

ان المركب يبدو شيئاً فشيئاً، انه قد اقترب من الشاطىء واول من ظهر من ركابه شاب لا يتجاوز الثانية والعشرين من سنيه يقف عليه بين الامواج المتلاطمة باسم الثغر منتصب القامة يرنو الى السماء تارة ثم يحدق طويلًا في مدينـة بيروت الصغيرة الجاثية في سفح لبنان الشامخ على شاطىء البحر المتوسط.

اشهد ان في رأسه لحدثاً وفي عينيه لخبراً. انه رسول النهضة الحديثة، انه كورنيلوس فانديك.

نزل الى بيروت ورآها محصورة بين بوابة يعقوب والبحر وباب ادريس وساحة البرج وتطلع الى ابنيتها فرآها صغيرة متهدمة وتمشى في سويقاتها فوجدها ضيقة مظلمة وجال في ضواحيها فلاقى حقولاً يحيط بها الصبّار ومن حولها الرمال تهاجم البلد. وقدر عدد السكان فما زاد على عشرة آلاف

بلد خامل على سفح لبنان، وشعب نائم على موسيقى امواج البحر الابيض وجهل منتشر، وقناعة مستولية واستسلام اعمى، هذ ما رأى في مدينة بيروت

التي اصبحت اليوم لؤلؤة الشرق الادنى العربي ومدينة العلم والنور والثقافة والتقدم. ولكنه عرف ان وراء تلك النظرات التائهة الهادئة عقولاً نيرة وقلوباً كبيرة ووجد في تلك النفوس الساكنة تربة خصبة لا يعوزها الا معول مخلص ينبه ساكنيها ويظهر كنوزها. واكتشف وراء تلك الابنية البسيطة تاريخاً مجيداً يكفي ذكره ليجعل من هذا الهدوء ثورة ومن هذا التأخر تقدماً ومن هذه الوداعة التائهة نشاطا .

لم يدر احد بقدومه سوى رفاقه وزملائه فقد كان كالمخلوق الجديد العبقري يجيء ولا يعرف احد بمجيئه ويمضي فيشعر كل امرىء بفقده وانا اذا ما قلت انه كالمخلوق الجديد عرفت ما اعني ، فقد بدأ منذ قدومه كائناً جديداً فتعلم لغة جديدة وتطبع بطبائع جديدة ولبس لباساً جديداً . وما هي الا سنين معدودة حتى عمّ اسمه ارض سورية وجبالها وملأ انظار شبابها وشغل عقول رجالها : لقد احب سورية واحبته فحباها من جهوده كل غال وخلعت عليه من تقديرها كل سامٍ .

وليس عجيباً ان نذكره وقد مر على قدومه سبعة وتسعون عاماً فنحن عرب وقد طبعنا على الوفاء نذكر للمحسن احسانه ولا ننساه وان مجلة المعهد الطبي العربي تقف اليوم عدداً من صفحاتها لتخليد ذكراه ولاسماع من لم يسمع باسمه من ابناء الجيل الحاضر ان رجلاً انسانياً قدم للنهضة العربية خدمات جلى ، وان رجلاً انسانياً غريباً عن اللغة العربية بدأ عصراً جديداً في نهضة اللغة العربية

يقول مترجم حياته ان فان ديك لم يخترع ولم يبتكر ونحن نقول في

تلك الحقبة من الزمن التي مرت على سورية ما هي قيمة الاختراع والابتكار في حياة العرب السوريين الذين كانوا يغطون في نوم عميق . يميناً لو ارسل الى سورية اعظم مخترع وا كبر مبتكر لما استطاع ان يقدم لها ما قدمه فان ديك. أجل لو قدمها نيوتن بجاذبيته وبلزاك بفيزيائه وباستور بجراثيمه لما استطاعوا ان يعملوا في سورية بعض ما عمله فان ديك . فانه كان في شاغل عن عبقرية الابتكار بعبقرية الايقاظ والانهاض ولقد كان رجل الساعة وانه لمن الصعب ان نجد رجلاً آخر في القرن التاسع عشر يستطيع ان يلعب الدور الذي لعبه في تثقيفنا ونفخ روح الحياة الجديدة فينا .

لقد وجد فان ديك عندنا ثقافة شيخة فلقحها بثقافة شابة ،لم يقل لنا تعالوا تعلموا الانكليزية لترتقوا ، بل تعلم هو العربية لينهض بنا ونشر آثارنا العلمية ليبعث فينا كبرياء تاريخنا ، تلك الكبرياء التي يحتاج اليها كل شعب ناشىء ليستقي من معين ماضيه ما يحيي به ميت حاضره .

ثم اظهر لنا ان اللغة العربية تتسع لضم شعب النهضة الحديثة ولنشر جميع اسرارها . وساهم في سبيل اللغة العربية باعظم نصيب في تأسيس الكلية السورية الانجيلية ، وفي سبيل اللغة العربية لم يتردد ان ينسحب من العمل الكبير الذي قام به ولم يتردد في التنازل عن كرسيه الذي كان اثبت الكراسي لو ساير الشعوبيين من الاميركيين .

لقد عرفت احد ابناء كورنيليوس فان ديك وهو الاستاذ الدكتور وليام فان ديك ، سمعته خطيباً يسحر الألباب في سنة ١٩٣١ ومحاضراً يسير بعقول سامعيه الى هدفه بلا عناء وما زلت اذكر علامات الاحترام التي كانت تبدو

على محيا العميد المرحوم نيكولي وهو واقف على باب غرفة المحاضرة في بناية بوست يستعجل الطلاب للدخول قبل حلول الوقت واغلاق الباب .

لقد كان كورنيليوس فانديك ملاكاً من ملائكة الرحمة يعزي النفوس الحزينة ونسيماً من المرح ينعش الاجسام التعبة ، وشعاعاً من البهجة يغمر القلوب المظلمة ورسولاً من رسل النهضة يثير العقول الغافلة ويوقظ الهمم الراكدة .

وانه منذ اثنتين واربعين سنة هجر سورية ليصبح كنزاً من كنوزها دفينا وفصلاً من تاريخ نهضتها ثميناً .

سترى ايها القارىء بعد هذه الكلمة ترجمة جميلة لحياته الجليلة بقلم الباحث الفاضل الدكتور لطفي السعدي جعلنا مقدمة لها واجب الوفاء نحو هذا الرجل الكبير فاقرأ وادهش . . . المليم

وجيه نجا

❀ ❀ ❀

العليم كورنيليوس فان اولن فان ديك

(سنة ١٨١٨ - ١٨٩٥) م

بقلم العليم لطفي السعدي وترجمة العليم وجيه نجا

هو الطبيب المرسل الاميركي الى سورية في القرن التاسع عشر . و نحن اذا اردنا ان نقدر حياته واعماله حق قدرها كان علينا ان نحيط بما حدث في سورية بعد سقوط مدنية العرب . وليس في هذه الرسالة متسع للاسترسال في سرد انتقال المعارف من اللغات اليونانية والهندية وغيرها الى اللغة العربية في حكم الاسرتين العباسية والاموية (٦٦٢ - ١٢٥٨) م ولا سبيل الى وصف ذلك العصر الزاهر الذي لم تقتصر الجهود فيه على نقل المعارف فقط بل تمدته الى الخلق و الايجاد .

في اواخر القرن الثالث عشر للميلاد سادت المذاهب الدينية واشتد السقوط السياسي دون ان يقف في سبيله مانع وعجل هذا السقوط تقدم هولاكو المغولي الذي سبي بغداد واتلف خزائن كتبها وقتل الخليفة المستعصم (١٢٥٨) م ثم وجه فرديناند وايزابيلا ضربة مماثلة للثقافة العربية في الاندلس حينما انتصرا على غرناطة .

تحت حوافر التتر في الشرق دفنت بغداد ، وفي ظل صليب الكاستيل . والاراغون دمر قسم عظيم من كنز اسبانية العربية الى الابد . ومع ان اللغة

العربية امّحت بتاتاً في اسبانية . فقد ظلت في الشرق حية يصونها القرآن وهكذا استمرت رواية العلوم بها مدة طويلة . ولكن الادب لم يعاش في الابتكار ما انتجته العرب قبل القرن الثالث عشر .

وقد كتبت منذ ذلك الوقت حتى القرن التاسع عشر كتب عديدة في الطب غير انها لا توازي ، على ما نظن ، المؤلفات القديمة السابقة فكان ركود علمي وثقافي استمر حتى جاءت غزوة بونابارت لمصر وسورية بالمنبه المبتكر واعلن انتصاره نهضة التعليم الحديثة في مصر .

كانت مصر في بدء القرن التاسع عشر قطعة من الامبراطورية العثمانية وكان المماليك يحكمونها في الواقع . وكان هؤلاء منهمكين في حروب اهلية ترهق العامة التي كانت تقاسي الأمرين من فقر مدقع وجهل مشين . واستمرت هذه الحال حتى ايام محمد علي (١٨٠٥ — ١٨٤٩) الذي ذبح المماليك وبسط سلطانه على بلاد العرب وسورية والسودان .

أسست في حكم محمد علي المدارس الحديثة و ترجمت الكتب وارسلت البعثات العلمية الى اوربة وسنحت للقطر المصري الفرصة فبدأ يخضع لتأثير المدنية الغربية .

« وفي اوائل القرن التاسع عشر كان يمارس الطب اناس لا يتجاوز مدى معارفهم حد بعض الحقائق الاساسية التي كانوا يتلقونها شفاهياً وكان اكثرها تقليدياً » (١) . وتوسع بعض منهم في معلوماته الطبية فقرأ الكتب

(1) Larrey, D . J. — Relation historique et chirurgicale de l'armée d' Orient en Egypte et en Syrie - p.410 Paris 1803

القديمة التي كتبت في عصر العرب الذهبي (٧٥٠ — ٨٥٠) فلا عجب اذا ظلَّ قانون ابن سينا الذي كتب منذ قرون كثيرة آخر مرجع للمارس . وكانت الجراحة الصغرى بايدي البرابرة الذين لم يكن لهم لا دراسة ابتدائية ولا اقل معرفة في التشريح .

« وكان المجبِّرون في مصر زمرة جاهلة تتلاعب بسذاجة الشعب وتحمله على الاعتقاد بمقدرتها على مداواة الكسور بينما كانوا لا يداوون الا الخلوع »(١) اما الطب العلمي الذي نعرفه اليوم فقد كان مجهولاً في مصر .

ثم دعا محمد علي علماء فرنسيين الى مصر وعلى رأسهم الطبيب الفرنسي المشهور « كلوت بك » الذي كان واسطة لتأسيس المدرسة الطبية الاولى في مستشفى ابو زبال بجانب مدينة الشمس (١٨٢٥) . ثم نقلت بعد سنة الى مقرها الحاضر — قصر العيني . وفي العام ١٨٣٢ سافرت الى باريس اول بعثة طبية مؤلفة من اثني عشر طالباً للتقصي في العلوم بعد نيل الشهادة . ورافقهم كلوت بك . وبعد ان امضوا في اوربة ثماني سنين وتسعة اشهر عادوا الى مصر وبدأوا يترجمون ما كتبه الغرب في الطب الى اللغة العربية . فلم تمرَّ عشرون عاماً حتى ترجموا ستة وسبعين كتاباً من احسن ما عرف في الطب . وكان ما نشروه اساساً لآخر نهضة في الطب العربي حتى يومنا هذا .

ان حالة سورية الاجتماعية والسياسية في فجر القرن التاسع عشر لم تختلف عنها كثيراً في مصر . فقد كانت سورية ولاية عثمانية يحكمها حكام اتراك

(1) Clot Bey, Aperçu général sur l' Egypte Vol. II P. 15, Paris 1840

وكان هؤلاء في خصام دائم . ولم تكن مسؤليتهم امام السلطان بصفة كونهم حكاماً اقطاعيين اكثر من اداء ضريبة تفرضها الحكومة المركزية المستضعفة في القسطنطينية واما ما يتعلق بالاعمال الداخلية في الدولة فان الوالي نفسه كان بمثابة القانون . ولكن غزو ابرهيم باشا بن محمد علي سنة ١٨٣٢ انقذ الموقف تسع سنين .

لقد حلم محمد علي — اول خدو في مصر ، ان يفتتح سياسة مرماها جمع الشعوب العربية تحت قيادته . ولو لا تدخل القوى الاوربية التي اضطرت جيوش ابرهيم باشا الى الانسحاب عن سورية سنة ١٨٤١ لربحت هذه حصتها من فائدة المجموع . وتبع هذا الانسحاب عهد فوضى واضطراب .

ولنذكر في كل حال ان النهضة الاجتماعية والادبية بدأت في سورية منذ اواسط القرن التاسع عشر ويعود الفضل في ذلك الى مطبعة بولاق في القاهرة ومطابع القسطنطينية . ثم ارسل الى سورية بعض الحكام الترك الذين تذوقوا طعم المدنية الغربية فاستطابوها وكانوا عاملاً في نشرها في حدود نفوذهم .

وكانت مؤسسات العلم في سورية في اوائل القرن التاسع عشر تتألف من بضع مدارس ملحقة عادة بالجوامع . وكان يضم برنامجها الفقه الاسلامي والادب العربي . اما المدارس التي اسستها الطوائف غير الاسلامية فكانت ابتدائية وتتبع الابرشيات في دروسها. ولم يكن في ذلك العهد من يستحق ان يطلق عليه لقب طبيب في سورية. وقد ذكر القائد لينش[١] من اسطول

Lynch , W.F. (U. S. N.) Narrative of the United States, expedition to the River Jordan and the Dead Sea . P. 506

الولايات المتحدة الذي زار سورية سنة ١٨٤٧، مرسلا اميركياً هو الدكتور هنري أ . دي فورست .

وبعد خمس عشرة او عشرين سنة استخدمت الحكومة التركية عدداً من الاجانب غير المشهورين ولكن لا بأس في اقتدارهم (ايطاليين ، يونانيين، هنغاريين ، بولونيين) كجراحين عسكريين وموظفي صحة واطباء بلديات . . . الخ .ولكن قبل العام ١٨٥٠ كان اهل البلاد يستطبون عند رجال ونساء لا اهلية لهم في الطب .

وكان في حوزة بعض من هؤلاء كتاب تتوارثه العيلة من الأب الى الابن منذ اجيال . وكان البعض الآخر يعتمد على تجاربه وذكائه الطبيعي . وكانت ممارسة القبالة وامراض الاطفال في ايدي قابلات غير مدربات ولا مستعدات لهذا العمل الهام . وكان يقوم بالجراحة الصغرى بما فيها اعلاق العلق والحجامة والفصادة واخراج الاضراس وفتح الخراجات الصغيرة ومعالجة القروح وغيرها من امراض الجلد . . . كان يقوم بكل هذا حلاق المحلة. وكان يداوي الكسور لحام او مُكّاز لان الاول في عرف الشعب واقف على تشريح العظام والمفاصل والثاني مضطر الى ممارسة التجبير في قطيعه فالماعز وهي تتسلق الصخور وتهبط الوهاد وتسير في الطرق الوعرة الضيقة معرضة لسقطات تنجم عنها في اكثر الاوقات خلوع وكسور . وكان يجري الدجالون (وهم في الغالب جزائريون او مراكشيون) عملية استخراج الحصاة بطريقة خشنة . وعملية الساد وقرحة العين وغير ذلك .

في ذلك الوقت كانت الحاجة ماسة الى مؤسسة عليا للتعليم في سورية .

وكانت بيروت، وهي مرفأ سورية الرئيس ومركز نشاط التجارة والارساليات الاجنبية اسهل هذه المنافذ. وكان بين الذين استعجلوا تيار الثقافة الغربية الشاب كورنيليوس فان ديك.

ولد في ١٣ آب سنة ١٨١٨ في كيندرهوك من ناحية كولومبيا في ولاية نيويورك. وكان ابوه الدكتور هنري ل. فان ديك ممارساً وفلاحاً يضيف الى واردات مهنته ما ينتجه من فلاحة ارض ورثها عن آبائه، وهم اعقاب هولانديين استوطنوا امريكا منذ بضعة قرون. وكانت امه، كاترين فان اولن من دم هولاندي ايضاً وفي طفولة كورنيليوس كانت اللغة الهولاندية اللغة التي يتكلمها افراد الاسرة.

تلقى كورنيليوس علومه الابتدائية في مدرسة القرية ثم انتقل الى مدرسة كيندرهوك وهي مدرسة تعادل مدرسة عالية حديثة. فتعلم مبادىء اللاتينية واليونانية والرياضيات وعلمه احد اصدقائه بعض النباتات وساعده في جمع النباتات البرية من الجوار ودرسها.

ولم يرسل الى الكلية قط ولكنه سار في اتجاه العلوم الطبية يرعاه والده فاكتسب بعض المعلومات الصيدلانية العملية والتضميد ومبادىء الكيمياء

وكانت للدكتور هنري ل. فان ديك مكانة ثابتة ولكنه ارتكب خطيئة كبيرة في ذلك الحين بكفالته احد اصدقائه على مبلغ كبير من المال فخانه صديقه واضطر الدكتور فان ديك الى تأدية الدين فأداه فأورثه ذلك تبلبلاً مالياً وكانت النتيجة ان تعليم كورنيليوس كاد يقف عند هذا الحد لو لم يجده بعض اصدقاء الاسرة الاغنياء الذين تعهدوه بما يكفيه من المال

وارسلوه الى كلية جفرسون الطبية في فيلادلفيا حيث نال لقب دكتور في الطب سنة ١٨٣٩ .

وفي غضون العقد الرابع من القرن التاسع عشر مرت بنيويورك وما جاورها من الولايات موجة انبعاث ديني وحماس تبشيري فجرفت معها الطبيب الشاب. وعرض خدماته على مكتب الاصدار الاميركي للارساليات الاجنبية فبعثوا به كمرسل طبيب الى سورية فوصلها في نيسان سنة ١٨٤٠ بعد رحلة طويلة وشاقة واضاف فيها الى مهنته الطبية دراسة العلوم اللاهوتية فرسمه اخوانه المرسلون ، قسيساً . ولكن هذا لم يغير من طبيعة ذوقه العلمي ولم يبدل قابليته للبحث والتنقب . واقتنع حالاً باهمية التعليم الحر العظمى كقسم متمم لعمل المرسل ولذا كان يصرف القصير من وقته والقليل من همته في التبشير والدعاية الخاصة وكان ينصرف بكليته الى التعليم وتنظيم المدارس في مختلف الاماكن .وعلى الرغم من كل هذه الاعمال كان يتابع ممارسة عمله الطبي الذي كان شاقاً للصعوبات المختلفة التي كانت تحيط به .

ويقضي انشاء المدارس ايجاد الكتب في اللغة العربية وكانت قليلة جداً فاخذ فانديك منذ البدء يدرس اللغة العربية على المعلم بطرس البستاني احد علماء جبل لبنان واتخذه بعدئذ صديقاً مخلصاً له طيلة حياته ثم تابع دروسه على عالم سوري آخر هو الشيخ ناصيف اليازجي . فنجح فاز ديك نجاحاً باهراً. واصبح قادراً ليس على تكلم العربية الصحيحة فحسب بل على كتابتها بسهولة ايضاً فهيأ عدداً من الكتب اللازمة . ثم اراد ان يمتزج بحياة البلاد فتزيى بزيها بما فيه الطربوش المغربي الاحمر وشرابته الكثيفة السوداء او

الزرقاء والكبران بكميه الضيقين والصدرية الضيقة والسراويل التركي وعوضاً عن الحذاء او النعل لبس الخف الاحمر الذي يعلو فوق الكمين . وكان نجاحه في سورية كبيراً حتى انه مرة كاد يكلفه حياته .

في جبل لبنان كان عداء تقليدي بين الطوائف المسيحية والدروز وكانت الحزازات الطائفية الممقوتة تهب الآونة بعد الاخرى وتشتعل الضغائن بين سكان البلد الواحد وكان فان ديك في اثناء هذه الاضطرابات يركب دابته متنقلاً من قرية الى قرية ومعتنياً بالمرضى والجرحى من الطائفتين . ففي احد الايام اوقفته في طريق منفرد عصابة درزية وبدت على افرادها كل مظاهر العداء اذ حسبته مسيحياً لبنانياً . فحاول ان يقنعهم انه اجنبي وانه طبيب اميركي يعتني بأناس من طائفتهم كما يعتني بافراد الطائفة المعادية فاجابه قائدهم « قصة حلوة ، اسمعها لجماعة بلغت بهم السذاجة الى تصديق اقوالك فنحن لا نعرف اجنبياً يتكلم العربية كما تكلمتها انت » ولم ينقذ فان ديك الا وصول بعض الدروز الذين رأوه منذ زمن قصير يضمد جروح بعض رفاقهم

في ذلك الوقت كان فان ديك يكتب وينشر كتباً مدرسية في الجغرافيا والجبر والهندسة والعروض وكلها عربية اللغة اما مؤلفاته الاخرى فسنذكرها بعد ذلك .

وكانت ترجمة الكتاب المقدس قبل السنة ١٨٦٤ بعهديه القديم والجديد التي يمكن تناولها مملوءة بالاغلاط . فهي لم تؤخذ رأساً من الاصول العبرانية واليونانية بل من الترجمة اللاتينية ورأى المرسلون الاميركيون ان ترجمة جديدة وصحيحة من اوثق المصادر ضرورية . فبدأ بالعمل الدكتور القس ايلي سمث

في بيروت سنة ١٨٤٩ ولكن صحته ساءت سنة ١٨٥٦ ومات في كانون الثاني سنة ١٨٥٧ بينما كان جزء صغير مشتمل على سفر التكوين وسفر الخروج معداً للنشر . فاتفق المرسلون على ان اكثر الناس اهلية لاتمام هذا العمل هو كورنيليوس فانديك الذي اصبح طليقاً منذ ذلك الحين من واجباته الاخرى فانتقل من صيدا الى بيروت في خريف العام ١٨٥٧

ان هذا العمل الذي كرس له فان ديك معظم اوقاته سبعة اعوام كاملة استدعى دراسة دقيقة نقادة ليس للعربية فحسب بل للعبرانية واليونانية القديمة ايضاً . اضف الى ذلك ان لغة الترجمة الجديدة يجب ان تكون سهلة يفهمها العالم العربي الذي كان يضم آنئذ اكثر من اربعين مليوناً من النفوس منتشرين في مساحة جغرافية كبيرة تمتد الى العراق وسوريا وفلسطين وشبه جزيرة العرب وقسم كبير من شمال افريقيا . وكان الشيء الاساسي ان تكون اللغة العربية خالصة وحرة من كل تركيب اجنبي ومكتوبة باسلوب بسيط بقدر ما يسمح الموضوع . ولبلوغ هذه الغاية استعان فان ديك بالشيخ يوسف الاسير وهو عالم مسلم متخرج من الازهر — الكلية الاسلامية الكبرى في القاهرة — وكانت طريقة التعاون باختصار كما يلي — يكتب فان ديك الترجمة العربية من الاصل العبراني واليوناني بحسب الحالة ، وتكفي معرفته لهاتين اللغتين لاظهار المعنى الصحيح من مصادره بلغة عربية صحيحة ولكنه وهو اجنبي لم يكن واثقاً كل الثقة بان اسلوبه وتعبيره نقيان وخاليان من الصبغة الاجنبية فكان الشيخ يوسف القاضي الكفوء الحكم في ذلك فكانت المخطوطات تسلم اليه لاصلاحها او لاقتراح ما يراه حسناً .

وبعد هذا التنقيح كانت الترجمة تنضد في المطبعة، نماذج يتألف كل منها من ثماني صفحات ، وكان يطبع منها ثلاثون نسخة ترسل الى المرسلين جميعهم في العالم العربي والى بعض العلماء الوطنيين والى الباحثين الالمان مع الرجاء منهم بارسال الانتقادات والاقتراحات وبعد ورودها كان يبحث فيها باعتناء قبل الطبع النهائي وهكذا انتهى العهد الجديد في اوائل العام ١٨٦٠ . ثم باشر فانديك عمله في العهد القديم حيث انتهى الدكتور سمث . فلقي صعوبات خاصة واضطر ان يذهب الى المانيا ليتداول مع بعض ثقات المستشرقين فيها . وزار في صيف العام ١٨٦٠ فينا وليبزيغ ودرسدن وهال فتعرف على رجال عرفهم بالشهرة او بالمراسلة . وكان من نتائج هذه الزيارة انه حالما عاد الى سوريا انتخب عضواً مراسلاً لاتحاد مستشرقي شمالي المانيا وهذا شرف توصل اليه بعدل وكان يفاخر به بحق .

وبين قدومه الاول الى سوريا سنة ١٨٤٠ ووفاته سنة ١٨٩٥ لم يزر امريكا الا مرتين ففي سنة ١٨٥٤ ذهب الى وطنه باجازة وقضى فيه زهاء عام . وقد اتاحت له هذه الزيارة الحصول على بعض المعلومات العملية في فن المجهر لأول مرة في حياته ولدى عودته الى سورية حمل معه مجهراً جيداً (بحسب مقاييس ذلك الوقت) فكان اول من استعمل المجهر في هذه البلاد لغاية طبية

وكانت زيارته الثانية بمناسبة تمويه الترجمة الجديدة للكتاب المقدس التي انتهت اخيراً في سنة ١٨٦٤ وسوي الامر بالاتفاق مع جمعية الكتاب المقدس الاميركية بعمل صفائح التمويه من قطع الثمن الكبير لكل الكتاب

المقدس واخراج طبعة مشكلة للعهد الجديد اذ ان العربية في كتابتها وطباعتها العاديتين لا تكتب فيها سوى الاحرف الخرس والصوتية الطويلة مع بعض الحركات هنا وهناك فوق حرف خاص او تحته للاشارة الى الحرف الصوتي القصير في احد المقاطع ، تكتب هذه عندما تقضي الحاجة لاجتناب الالتباس بلفظ كلمة ما او الاشتباه بمعناها . اما في الكتب التي لها شأنها كالقرآن او المؤلفات القيمة كالقطع المنتخبة من الادب العربي القديم فيجب ان يشار الى جميع الحركات الصوتية الطويلة والقصيرة وهذا مما يزيد كثيراً في صعوبة طبع هذه الكتب وغلاء ثمنها بسبب ادخال الحركات فوق كل حرف او تحته

وبالنتيجة اتضح لجميع الذين يهمهم الامر ان عمل الصفائح المطلوبة يتطلب تدقيقاً عظيماً وحذقاً كبيراً ولذلك ارسلوا فان ديك الى نيويورك سنة ١٨٦٥ ليدير هذه العملية ويراقبها ، فاستنفدت هذه المهمة كل وقته وجميع قواه طيلة عامين وعلاوة على ذلك فقد قبل دعوة معهد اتحاد المدارس الدينية ليعطي درساً في العبرانية للطلاب في الدورتين ٦ - ١٨٦٥ و ٧ — ١٨٦٦ ونجح في هذه الشعبة المهمة نجاحاً باهراً حتى انه بعد انتهاء عمله منح درجة استاذ ثابت للعبرانية في ذلك المعهد ولكنه رفض هذه المنحة لانه كرس نفسه للعمل الذي اخذه على عاتقه في سورية وهكذا عاد اليها سنة ١٨٦٧ .

ان اقامته في نيويورك تستحق الذكر لسببين طبي ومالي :

(١) الطبي . — في غضون الخمسة والعشرين عاماً التي قضاها في سوريا لاحظ امراضاً عينية مختلفة ولكن لم يمكنه الوقت من درسها على الحال وسنحت له الفرصة وهو في نيويورك للقيام بهذا العمل لان مستوصف

العيون فيه كان قريباً من دار الكتاب المقدس التي كان يعمل فيها يومياً ولم يكن صعباً عليه ان يزوره عدة مرات في الاسبوع . ومما تعلمه استعمال منظار العين وشأنه كبير ليس للكحال . فحسب ، بل للطبيب الممارس ايضاً وهكذا اهل نفسه لتعليم فن العيون حين عودته الى سوريا .

(٢) المالي : — ان العامين اللذين قضاهما في امريكة افتتحا عهداً جديداً في حياته فأجرة التعليم التي تناولها ازالت عبئاً عن دماغه كما عبر عن ذلك بعدئذ اذ قال (لقد تنفست بحرية) بما يخص مسألة الدراهم . لقد كان عمره آنئذ تسعة واربعين عاماً وله زوجة واربعة اولاد (ورزق ولداً خامساً سنة ١٨٧١) وكان دخله الوحيد حتى ذلك الحين مرتبه كمرسل وما استطاع الحياة الا بالاقتصاد الشديد ولكنه لم يستطع الاحتفاظ بشيء للمستقبل . اما الآن فقد امن على حياته واشترى الكتب والآلات التي كان يشعر بالحاجة اليها ولم يستطع شراءها قبلاً .

لقد رغبت الارسالية منذ زمن طويل انشاء مؤسسة للتعليم العالي في سوريا . وبدأت في سنة ١٨٦٣ تخطو خطوات ثابتة نحو تأسيس كلية تدرس بالعربية

(١) دراسة اربع سنين طب وجراحة تؤهل لنيل شهادة دكتور في الطب .

وتقرر ان تسمى المؤسسة الكلية السورية الانجيلية فانتخبت الارسالية الدكتور دانيال بلس للذهاب الى امريكا وبريطانيا العظمى ليثير استحسان هذه الخطة وليجمع الدراهم لتحقيقها . وتأسست شعبة العلوم والفنون سنة ١٨٦٦ وتأسست شعبة الطب بعدها ببضعة اعوام . في ذلك الوقت كان الذين

يستطيعون تدريس احدى شعب الطب باللغة العربية قلائل جداً . ومن هولاء القلائل كان فانديك فدعي ليشغل كرسي الامراض الباطنة والعامة على ان تلحق بهما الشعبة العينية فقبل الدعوة ورضي ان يأخذ على عاتقه موقتاً واجبات استاذ الكيمياء حتى العثور على استاذ قدير لهذا الكرسي. وبعد ان ترك تدريس الكيمياء علم علمي الفلك والظواهر الجوية .

لقد نظمت الكلية السورية الانجيلية وجعلت موسسة مستقلة فلم يكن لها ارتباط اساسي بالارسالية الاميركية مع ان هذه الاخيرة كانت ممثلة في هيئة مديريها .

وثابر فان ديك بصفة كونه عضواً في الارسالية على نشر الطبعات الجديدة من الكتاب المقدس كله او مقاطع منه وكان مديراً لمطبعة الارسالية ومنشئاً لمجلتها المعروفة باسم — النشرة الاسبوعية — ونراه كمعلم مضطراً الى تأليف كتب مدرسية باللغة العربية في الكيمياء والطب الباطن والتشخيص الفيزيائي والمثلثات والفلك وقد نشر هذه الكتب كلما كانت تسنح له الفرص او سمحت له اعماله الكثيرة . وكان اكثر الطلاب في البدء مضطراً الى نقل المخطوطات التي كانت آنئذ في دور الاعداد .

وكان فانديك ميالاً الى تاريخ الطب عند العرب . فنشر سنة ١٨٧٢ مؤلفات الرازي في الجدري والحصبة مع حاشية ينقد فيها الاصل وقد اضاف اليه بحثاً حديثاً عن هذين المرضين :

ان تعليم الطب والجراحة بلا مستشفى مستحيل . ولذا اوجدت الكلية مستشفى صغيراً في بيت استأجرته واستمرت هذه الحال بضع سنين واخيراً

تم الاتفاق ان تتعهد الـكلية بالعناية الطبية والجراحية مرضى مستشفى جمعية نبلاء القديس حنا البروسية وكان حجم المستشفى موافقاً وبناؤه حسناً واثاثه جميلًا . وكانت رئيسته وممرضاته راهبات المانيـات . ولم تسمح لفان ديك اعماله العديدة بالعناية بالمرضى في المستشفى ولـكنه كان يعمل في العيادات الخارجية للمستشفى حيث يداوي الامراض الداخلية والعينية . وكانت هذه العيادة تقبل المرضى مرتين في الاسبوع وكان عددهم كبيراً حتى انه كان على الاغلب مضطراً الى صرف زهاء ثلاث او اربع ساعات في معاينتهم فـكان هذا العمل ثقيلًا على رجل مسن ولا معاون له سوى بعض تلاميذه .

وكان علم الفلك صديق فان ديك يجد فيهما يسره ويساعده على الانطلاق من قيود العالم . وفي السنين التي خلت لم يستطع اقتناء مرقب (تلسكوب) خاص به ولـكنه وهو استاذ هذا الفن في الـكلية استلم عدسة قطرها خمسة قراريط اهداها الى المؤسسة احد مشجعيها .

ولم يكن للـكليـة مسكن تملـكه فـكانت طيلة سنين عديدة تنتقل من منزل الى آخر بالاجرة . وفي هذه المدة اسندت العناية بالمرقب الى فان ديك فاحتفظ به في داره وبنى على حسابه الخاص مرصداً صغيراً له على سطح منزله فـكان يصرف فيه قسماً كبيراً من ساعات فراغه يدرس اللطاخات الشمسية في النهار والقمر والنجوم في الليل . واخيراً بعد ما اشترت الـكلية ارضاً وانشأت فيها بعض الدور الح فان ديك على رجال المؤسسة ببناء مرصد فلـكي فبني وساهم بتأثيثه ما استطاع . وبدأ يأخذ ويسجل مشاهدات جوية منظمة في فواصل معينة كل يوم . ولم يمض زمن طويل حتى تم الاتفاق مع السلطة

التركية على ارسال تقارير تلغرافية الى المرصد الملكي في القسطنطينية ومن هناك ترسل في الوقت المعين الى المكتب الجوي الامبراطوري في فينا. وبعد ان اعتزل التدريس ابتاع لنفسه مرقباً ووضعه في حديقة منزله فكان يتلذذ في وحدته بتتبعاته المحبوبة في سنيه الاخيرة.

وفي سنة ١٨٨٢ دعت اسباب مختلفةفان ديك الى الاستقالة من التعليم في الكلية السورية الانجيلية. فانتهى ارتباطه بمستشفى القديس حنا ولكن اعماله في الارسالية السورية لم تتأثر اذ لا صلةاساسية بين الارساليةوالكلية وبعد بضعة اشهر قبل دعوة مستشفى القديس جرجس الارثوذكسي الوطني ليقوم بالعيادات الخارجية فيه مرتين في الاسبوع. وثابر على هذا العمل بضعة اعوام ما زالت صحته تمكنه من العمل. ان الاستقالة من التعليم اوجدت في حياته فراغاً لم يألفه فاخذ يكتب بالعربية ليشغل وقته ثم نشر سلسلة كتب مختصرة وابتدائية في مواضيع علمية. وقد نحا في كتابتها نحو سلسلةانكليزية رآها تدعى (مبادىء العلم). وقابل الجمهور هذه الكتب مقابلة حسنة وصارت شعبية مألوفة وكانت تدرس في مدارس كثيرة طيلة سنين عديدة وقد حوت هذه السلسلة المواضيع التالية : — مقدمة للعلوم الطبيعية وطبقات الارض وعلم الفلك والفيزياء والكيمياء والجغرافيا الطبيعية وقد كتب في كل بحث كتاباً صغيراً واحداً.

وفي الثاني من نيسان سنة ١٨٩٠ مرت السنةالخمسون على قدوم فان ديك الى سورية فاغتنم عدد كبير من اصدقائه السوريين والاجانب هذه الفرصة ليعبروا له عما يخالجهم من الاعجاب بعبقريته فاقاموا له حفلة تليت فيها خطب

التهنئة وقدمت الهدايا المختلفة مع كمية كبيرة من المال اشتركت بجمعها الطوائف والجماعات في انحاء البلاد

ولم تكن الاعوام الخمسة التي مرت بعدها حافلة بحوادث تذكر ولكن في غضون خريف العام ١٨٩٥ حدثت وافدة حمى معوية حادة في بيروت سببها تلوث عرض لخزان الماء فاصيب فانديك مع من اصيب وقضى في ١٣ تشرين الثاني عن سبعة وسبعين عاماً وثلاثة اشهر وكان السبب المباشر لوفاته نزفاً معوياً غزيراً .

لقد ترك كورنيليوس فان ديك بلا جدال اثراً خالداً في سورية وفي الاقطار العربية المجاورة . فتمدد مظاهره واختلاف اعماله يستدعيان اختلاف الآراء في قيمة اعماله المختلفة . فالمرسلون ومن نحا نحوهم يكبرون فيه ترجمة الكتاب المقدس وغيرهم يرون فيه طبيباً ماهراً حاذقاً ينقذ الانسانية من آلامها ، وشفوقاً رئيفاً بالفقراء الذين كانوا يلجأون اليه في شدائدهم .

لقد مرّ على موته الآن ما ينيف على اربعين عاماً وان مرور هذا الزمن يسهل على المرء ان ينظر الى حياته وعمله نظرة حق مجردة عن التشويه الذي يتعرض له الناظر قسراً متى وقف قريباً من موضوع تفكيره .فيمكننا الآن ان نحكم حكماً عادلاً على مدى التأثير الذي تركه وان نفهم بوضوح ان فان ديك لم يكن باحثاً علمياً ، ولم يدع الابتكار ولكنه كان في سوريا رسول الطب الحديث وغيره من العلوم . لقد تقدم غيره ومهد الطريق وحمل الى البلاد التي اهتم بها مبادىء اساسية للتربية واشكالاً حية للمعرفة من بلاد اخرى وخلقها خلقاً عربياً سوياً . ومع انه لم يضف الى المعارف

العلمية تتبعات جديدة فان مهارته في مهنته التي اشتهر بها في زمنه لا يزال يذكرها الكثيرون ويشركونها مع جمال شخصية الجذابة التي كانت تفيد مرضاه بقدر ادويته . ولعله لم يداوِ كثيراً من الامراض المداواة الحقيقية ولكنه بلا شك خفف كثيراً من الآلام وكان ناجحاً نجاحاً باهراً في بعث الفرح وخلق الشجاعة والتعزية ليس للمرضى انفسهم فحسب بل الى اسرهم واصدقائهم ايضاً ولهذا الامر شأن لا يقل عن شأن المعالجة .

وبعد معرفة ما تقدم نقول ان حياة فان ديك كانت لأهل سورية دافعاً قوياً الى النهضة الثقافية والروحية باحاديثه اليومية وتعليمه ونشره الكتابات المختلفة فانه حبب الى الكثيرين من الشباب العلوم كافة ولا سيما الطبيعية منها مبيناً لهم علاقة هذه المعارف بالحياة اليومية وخلق لهم علاوة على ذلك نزعة الى حرية الفكر والتسامح والابتعاد عن التعصب . لقد اراهم ان الدين الحقيقي ليس بالحماس الطائفي ولا بالغيرة الاكليريكية بل بالرغبة الشديدة في اصلاح الانسان وحب الرحمة والتواضع ، ذلك التواضع السامي الذي قوامه احترام الذات . وهناك سؤال آخر بحث فيه احياناً وهو :

هل ترك فان ديك وهو الاجنبي أثراً ذا قيمة في الادب والنهضة في العالم العربي ؟ انه حتى اواسط القرن التاسع عشر كان اكثر كتب الدراسة العربية التي يستطيع اقتناءها الطلاب في كل موضوع مكتوباً بانشاء معقد وتعابير غير مألوفة حتى انها كانت تجعل معنى كثير من المقاطع معمى لا يدرك. وكانت تتطلب دائماً شروحاً مطولة يكتبها الاخصائيون المتعلمون لفهم المؤلفات العلمية ورغم ذلك فان عرض هذه المؤلفات للدرس عادة كان

يحتاج الى معلمين مهرة لافهام التلاميذ الذين لم يرزقوا قسطاً وافراً من الذكاء فمن هذه الوجهة فتحت كتب فان ديك التدريسية عصراً جديداً ، هذه الكتب التي عناها احد العلماء الشيوخ في الازهر جواباً عن هذا السؤال فانه بعد وفاة فان ديك ببضع سنين كان هذا الشيخ يتحدث مع ابنة فان ديك فقال لها : (ان والدك علمني بكتاباته التي نشرها السهل الممتنع في اللغة العربية فان مؤلفاته قد كتبت بلغة سمحة واضحة خالية من التعقيد يستطيع ان يفهمها اي قارىء لبيب متعلماً كان ام غير متعلم).

ان معالجة موضوع عويص باسلوب يسهل على الجمهور فهمه يدعى عادة (التعميم) واحسن ما يؤدي هذا المعنى العبارة التي استعملها منذ سنين جامس هارفي روبنسون عنواناً لكتيب جميل مفيد اسماه (جعل المعرفة انسانية) اي العمل لتكون نتائج جهود الاخصائيين المدربين قسماً من فهم الاناس ذوي الذكاء العادي (ويمكن تتميم هذا بكاتب او معلم متعمق) فيصف النتائج التي يحصل عليها هؤلاء الاخصائيون بصورة مختصرة واضحة وبلغة سمحة غير فنية وبتبيين علاقة هذه المعارف بالحياة اليومية ومجرى تفكير مجموع النوع البشري هـذا عين ما رمى اليه فان ديك لجعل المعرفة انسانية لفائدة القراء في اللغة العربية .

ملاحظة المحرر

يمكن الحصول على فهرس لما كتبه فان ديك في (اكتفاء القنوع بما هو مطبوع من اشهر التآليف العربية) الذي جمعه ولده ادوارد ابوت فان ديك

(القاهرة سنة ١٨٩٦) وفي معجم المطبوعات العربية والمعربة (القاهرة سنة ١٩٢٨ — ٣٠) ليوسف اليان سركيس وهو يذكر ستة عشر موءلفاً مختلفاً بعضها طبع اكثر من مرة

ان كل ما نشره الدكتور فان ديك كتب بالعربية وهو على ثلاثة انواع:

اولاً : ترجمة الكتاب المقدس والترانيم .

ثانياً : ترجمة ثلاثة مؤلفات اعظمها شهرة ابن حور وهو قصة عن المسيح للجنرال لو والاس (القاهرة ١٨٩٦)

ثالثاً : رسائل علمية .

وقد طبع رسالة الرازي المشهورة في الحصبة وله كتب اخرى علمية لم تطبع كما ذكر الدكتور باردضدج رئيس الجامعة الاميركية في بيروت .

لقد سميت باسمه الدار الضخمة التي قدمتها مؤسسة روكفلر لايواء المختبرات وغرف التدريس للسنتين الاولاوين من المدرسة الطبية . ويمكن الحصول على كثير من المعلومات عنه في (ذكريات دانيل بلس) التي كتبها الدكتور فردريك جونس بلس (نيويورك سنة ١٩٢٠) ونحن مدينون اخيراً لاحد ابناء فان ديك بالملاحظات التالية .

تذكارات متممة لكورنيليوس ف . أ. فان ديك

صفاته الشخصية

الاخلاص والنزاهة والعقل الطليق والكرم واللطف هذه هي صفات

فانديك البارزة في حياته الخاصة وفي القيام بواجباته وتعهداته . يقول مثل عربي قديم ان المال محك صفات الرجال ، ولمّا عرض فانديك لهذا الفحص كان فوق معدل زملائه الرجال . وان ما مر به في سنيه الاولى (نتيجة ما حل بوالده من الخسارة) دربه على انكار الذات وعلمه قيمة المال كواسطة لكثير من الغايات. وقد كره الدَين واجتنبه كما يكره اكثر الرجال حية رقطاء ويجتنبونها. فلم يسمح لاحد افراد اسرته في اي وقت ولأية حجة ان يشتري بالدين حاجة كبرت قيمتها او صغرت ولا ان يفتح حساباً مع اي بائع او تاجر وكانت قاعدته الثابتة (اذا لم تستطع ان تدفع فوراً ثمن ما تحتاج اليه فاستغن عنه). ولكنه من جهة ثانية كريم جداً بل مسرف احياناً يبذل لكل شخص اقتنع انه محتاج الى المساعدة ولكل قضية اعتقد انها تستحق الاعانة . وان حفظ مواعيده والقيام بما يطلب منه واتمام تعهداته سريعاً وبامانة واخلاص على احسن شكل يستطيعه اقول ان هذه المبادىء كانت عنده مرعية كالوصايا العشر .

عند ما كان شاباً كان قليل الصبر شديد الاندفاع حاد المزاج ولكن الحياة وما لقيه من المصاعب فيها لطفت مزاجه والاحزان عدلت اخلاقه حتى انه حينما توسط الحياة اصبح صابراً يحمل الشدائد ويصد نفسه عن هواها في جميع الحالات العادية .

ومع ذلك فانه متى غضب كان ينفر بشدة وخاصة امام شخص طغى او قسا او تعصب تعصباً اعمى وكان مثله المحبوب « لا يجوز التسامح مع التعصب » واحيانا عند ما يثور غضبه لظلم ارتكبه الاقوياء والاغنياء نحو الضعفاء

والبؤساء كان يندفع بشدة ويبدي ما يكنه بلا تحفظ ولكنه لم يحمل حقداً لأحد . وكان له ميل شديد الى الفكاهة ويقص الناس عنه اخباراً لا تعد واكثرها غير صحيح . والحقيقة هي انه كان سريع الخاطر لا يدع الفرصة السانحة للفكاهة الا اغتنمها لجوابه سريع مفحم او قول مأثور مناسب او عبارة عامية تخرج من فيه ولها مرمى خاص ومعنى لاذع لا يستطيع السامع المرور بها ولا الآخرون وصفها او الاتيان بما يعادلها

زوجه واولاده

في سنة ١٨٤٢ اذ كان عمره ٢٤ سنة تزوج جوليا ابوت ابنة قنصل انكلترا في بيروت وعاشت هذه السيدة بعد زوجها ثلاثاً وعشرين سنة وتوفيت ولها من العمر ٩١ عاماً . وكان لهما ستة اولاد ثلاث بنات وثلاثة صبيان وهم :

١. — هنري لورنس: — ولد سنة ١٨٤٣ وتوفي سنة ١٨٨٣ وكان رجل عمل .

٢ . — ادوارد ابوت: — ولد سنة ١٨٤٦ وعلم في شبابه اللغة الانكليزية مدة قصيرة ثم دخل القنصلية الاميركية حيث مكث بضعة اعوام وبما ان معرفته للعربية العامية والفصحى كانت ممتازة استخدم سنة ١٨٨٤ في الحملة الانكليزية لانقاذ الخرطوم بامرة السر شارلس ويلسن الذي كان رئيس دائرة استخبارات الجيش الذي يقوده اللورد ولسلاي . ثم استخدم سنين عديدة معلماً للترجمة في دائرة الترجمة من مدارس الحكومة في القاهرة وهو يعيش الآن (سنة ١٩٣٦) في احدى ضواحي القاهرة .

٣ . — اولن ماريا ١٨٤٨ — ١٨٤٩ عاشت ١٨ شهراً .

٤ . — اليزا آن توفيت سنة ١٩٣٦ . ولم تتزوج وقد ورثت كثيراً من صفات والدها الشخصية واذواقه . وكانت ميالة الى الفلك والنبات والادب وحب الخير . وبين الخامسة والعشرين والاربعين من سنيها علمت في اوقات مختلفة في مدرسة الارسالية الاميركية للبنات في بيروت وفي مدارس الارسالية الانكليزية في دمشق ولبنان .

٥ . — وليام تومسن ولد سنة ١٨٥٧ ودرس الطب في الكلية السورية الانجيلية منذ العام ١٨٧٥ - ١٨٧٨ ثم في الكلية الطبية في نيويورك سنة ١٨٧٨ — ١٨٨٠ وحاز لقب دكتور في الطب .

وكان من السنة ١٨٨٠ — ١٨٨٢ محاضراً في مفردات الطب وحفظ الصحة في الكلية السورية الانجيلية ومن السنة ١٨٨٣ — ١٩١٤ ممارساً حراً في بيروت ولبنان ومن السنة ١٩١٥ — ١٩٢٠ محاضراً في حفظ الصحة والغريزة وغيرها في الكلية ومن ١٩٢٠ — ١٩٢٧ استاذ علم الحيوان في الجامعة الاميركية في بيروت ومنذ ١٩٢٨ اعتزل العمل كاستاذ متقاعد

٦ . — فلورنس كاترين — ولدت سنة ١٨٧١ وتزوجت سنة ١٨٩٨ جون س . بوشر وتوفيت سنة ١٩٠٨

كان كورنيليوس فان ديك اباً لطيفاً وحنوناً وكان يهتم كثيراً بسعادة ابنائه ولكنه لم يفسدهم بالشفقة الزائدة ولم يتراخ في تأديبهم ولم يحتمل قط معصية او عدم احترام ولم يقاص ولدا الا نادراً فان علامة استياء كانت تكفي لاصلاح اساءة عادية لان ابناءه كانوا يجلونه ويحبونه وكان يهتم دائماً بمسراتهم واعمالهم واذا ما حازوا رضاه فان ذلك اعظم سعادة لهم

الحيوينات في الكيمياء الحيوية

٤

للدكتور صلاح الدين مسعود الكواكبي

على ان مدام رندوان ولوكوك يقولان بوضع هـذا الحيوين بجانب الحيوين B المنبه للتغذية. اما الآن فلا بأس من جعله مستقلاً لأسباب. وقد لا يبعد اليوم الذي يرى العلماء وجوب وضعه في زمر الحيوينات B .

هذه نبذة موجزة عن الاعمال والتجارب التي ادت الى كشف العوامل ذات الشأن العظيم في الحياة والنمو فلننتقل الآن الى تصنيف ما علم منها حتى اليوم وذكر خواص كل منها والمادة الطبيعية التي تحتوي عليها .

هذا التصنيف مؤسس على خواص هذه العوامل ، الكيمياوية والحيوية والفيزيائية والغريزية . وقد جعلت الحيوينات التي اكتشفت منذ سنة ١٩١٥ حتى هذا التاريخ في زمرتين كبيرتين: زمرة الحيوينات الذوابة في الماء ،وزمرة الحيوينات الذوابة في الدسم . وقد لوحظ ايضاً ان لجميع الحيوينات الداخلة في الزمرة الاولى علاقة في حسن سير التغذية ، وان لجميع الحيوينات الداخلة في الزمرة الثانية علاقة في نمو العضوية وتطورها .

وفي كل من هاتين الزمرتين تحشر الحيوينات لا بحسب حروف المعجم بل بحسب خواصها الغريزية ومقاومتها للمؤكسدات وللحرارة وحدها او

للحرارة بملامسة فحمات الصوديوم .

ففي الزمرة الاولى زمرة الحيوينات الذوابة في الماء وضعت الحيوينات الخمسة الآتية :

١ – الحيوين ضد الخفر (C) . — الموجود في المواد الطبيعية وهو اقل الحيوينات ثباتاً ومقاومة للعوامل المؤثرة .

٢ – الحيوين ضد العُصاب (B_1) . — وهو قليل المقاومة للمؤكسدات والحرارة .

٣ – الحيوين المنبه للتغذية (B_2) . — وهو مقاوم للحرارة ولكنه يتلف بالحرارة بملامسة فحمات الصوديوم .

٤ – الحيوين المنبه للخلية (B_3) . – وهو مقاوم للحرارة والتسخين في الصاد الموصد بملامسة فحمات القلوي .

٥ – الحيوين ضد مرض الفاقة (P) — وهو مقاوم للحرارة ويقرب جداً من الحيوينين (رقم ٣) و (رقم ٤) .

اما في الزمرة الثانية زمرة الحيوينات الذوابة في الدسم (التي سماها فونك «Funk» فيتاستيرين «vitastérine») فوضعت الحيوينات الثلاثة الآتية :

١ – الحيوين الخاص بالنمو او ضد تصلب القرنية (A) . — وهو سريع التلف بالمؤكسدات .

٢ – الحيوين ضد الخرع (D) . — وهو لا يتلف بالمؤكسدات الا ببطء

٣ – الحيوين الخاص بالتناسل E . — وهو لا يتلف بالمؤكسدات الا ببطء عظيم ولكنه يقاوم فعل العوامل المخربة الاخرى .

والجدول الآتي يبين لك هذه الحيوينات مع ما يحدثه نقصانها في الاغذية من الامراض والآفات :

اسم الحيوين	اسم الداء اللاحيويني المستحدث بالتجربة	اوصاف هذا الداء	المرض المشاهد في الطبيعة
الحيوينات النوابة في الماء			
الحيوين ضد الحفر C	داء الحفر	تناذر نزفي	داء الحفر في الكهول، مرض بارلو او داء الحفر الطفلي
الحيوين ضد التهاب العصب B_1	التهاب الاعصاب الكثيرة	اضطرابات هضمية، التهاب اعصاب متعددة	داء الذرة (مرض معامل السكر)
الحيوين المنبه للتغذية B_2	عدم التغذية الاصطناعية	اضطرابات في تطور المواد المنتجة للقدرة وخصوصاً منها السكريات	اقهاء أو قه، بعض اضطرابات في التمثيل، عدم التغذية
الحيوين المنبه للخلية B_3	»	»	»
الحيوين ضد مرض الفاقة P	التهاب المعدة المتقرح (بلاك تونغ)	اختلالات هضمية، اختلالات جلدية	مرض الفاقة (في الانسان) بلاك تونغ (في الكلب) التهاب المعدة المتقرح ؟
الحيوينات النوابة في الدسم			
الحيوين العامل في النمو بالخاصة A	داء اللاحيوين آ	وقف النمو، تصلب القرنية	اضطرابات في النمو، تصلب القرنية او لينها
الحيوين ضد الخرع D	الخرع	اضطرابات في التكلس والتعظم	الخرع
الحيوين العامل في التناسل E	العقم الاصطناعي	في الذكور: وقف توليد النطف في الاناث: اضطرابات في تغذية الجنين	بعض اختلالات تناسلية في كلا الجنسين

الفصل الثالث

في درس الحيوينات بالطريقة الحيوية وعيارها

قبل عيار الحيوينات في المادة المطلوب فحصها يجب ان يعلم اولاً ما اذا كانت تحتوي على شيء من الحيوين واذا احتوت فعلى اي نوع من انواعه المديدة وبأي مقدار . والطريقة الموصلة الى هذا الغرض هي في اليوم الحاضر الطريقة الغريزية لان الطرق الكيمياوية التي تستعمل فيها بعض التفاعلات الملونة لا تؤدي الى نتيجة صحيحة وعلى ذلك يعمد في عيار الحيوينات الى التجربة على الحيوانات المخبرية . ولتشخيص كل من الحيوينات المعروفة اليوم يجرب مرتب غذائي نموذج على الحيوان الموضوع تحت الاختبار مع مرتب غذائي معاير متخذ وحدة من قبل . وينتخب للتجربة من الحيوانات اشدها انفعالاً من فقدان الحيوين المبحوث عنه ، كالسوور لعيار العامل ضد الحفر ، والحمام والجرذ لعيار العامل B ، والجرذان الاحداث لعيار العامل في النمو ، والعامل ضد الخرع والعامل في التناسل ويجب ان تكون كلها في سن واحدة ووزن واحد ومعروضة قبل التجربة لمرتب غذائي طبيعي واحد (وهو شرط أساسي في هذه المعايرة) . وتجعل الاغذية النموذجية التي تستعمل لهذا الغرض بحيث يمكن ان يفصل الحيوين المطلوب عياره ، من جميع الاركان الغذائية الاخرى التي يجب ألا تحتوي منه على شيء البتة ، اي يجب ان تصفى الاركان المولدة للقدرة لتجريدها من الحيوين الموضوع على

بساط البحث وان تستعمل مواد معدنية مصفاة ايضاً وبعبارة اخرى يجب ان يكون المرتب الغذائي التجربي ، اصطناعياً محضاً ومشتملاً على جزءين مختلفين كل الاختلاف :

الجزء الاول . — يمتاز من الجزء الثاني حجماً ووزناً ويحتوي :

أ) على القدرة اللازمة للعضوية المجرب عليها ، اي على جميع المواد المولدة للقدرة من هيوليات وشحميات وسكريات مصفيات كيماوياً .

ب) وعلى المواد العنصرية الاساسية ، بمقدار ضئيل اي على عناصر معدنية ضرورية من العناصر التي لكل منها في العضوية الحية وظيفة غريزية معلومة .

وعلى نوى عضوية تؤلف القسم الاساسي لبعض مكونات الهيوليات (اي لبعض الحموض الآمينية) تلك النوى الضرورية التي لكل منها بنية ذرية لا تستطيع العضوية صنعها، وعلى جميع الحيوينات (الا الحيوين المطلوب تحريه ودرسه) التي لا يمكن للعضوية ان تصنعها بنفسها ايضاً .

الجزء الثاني . — وهو جزء صغير جداً ويشتمل فقط — بمقادير لازمة وكافية — على الحيوين المطلوب تحريه اي على مادة غنية من هذا الحيوين خاصة او على العيار الدولي الذي اتخذه مؤتمر جمعية الامم الصحي وحدة قياسية سنة ١٩٣١ وهو :

١) لأجل الحيوين C : العصير الطازج لليمون الاعتيادي (Citrus Limonum) بعد ازالة ليمونيته .

٢) ولأجل الحيوين B^1 : محصول الاستجذاب للحيوين ضد العصاب

المهيأ بمعالجة خلاصة قشور الرز بتراب القصارين .

٣) ولأجل الحيوين D : محلول ارغوسترول المعروض للاشعاع المهيأ والمفحوص بصورة مناسبة .

ومن الممكن ان تعاير الحيوينات بغير هذه الوحدات الدولية باستعمال مواد ثانوية فعالة معلومة تماماً كالعصارة الطازجة للبرتقال لاجل الحيوين C ، وخلاصة خميرة الجعة لأجل الحيوين B^1 ، وزيت كبد الحوت لأجل الحيوين A ، وزيت الحنطة الناشطة لاجل الحيوين E .

ومن الواجب استعمال النموذج ذاته للمادة العيارية طيلة التجربة الحيوية على ان تكون تلك المادة مفحوصة الفعل قبلًا بتجربة حيوية سابقة ومعلومة المقدار اليومي الاصغر اللازم استعماله على نوع حيوان معلوم ولأجل مرتب غذائي معين .

اما لكشف وجود الحيوين في مادة فتجرى التجربة على حيوانات بعمر واحد ووزن واحد وتجعل على ثلاث فئات :

الفئة الاولى . — تطعم حيوانات هذه الفئة المرتب الغذائي الاصطناعي التام المؤلف من مزج الجزءين الغذائيين اللذين تقدم ذكرهما . هذه الحيوانات الشواهد لا يطرأ على صحتها خلل بل تلبث في صحة تامة وتبقى المنحنيات العائدة لاوزانهن وحرارتهن المركزية طبيعية نظامية .

الفئة الثانية . — تطعم حيوانات هذه الفئة المرتب الغذائي الاصطناعي ناقصاً الحيوين المطلوب تحريه اي انها لا تعطى الجزء الصغير من هذا الحيوين فبعد مدة من الزمن تعاني اضطرابات وصفية خاصة بفقدان الحيوين الذي

انقص من مرتبها الغذائي فيشاهد تحول في منحنيات الوزن والحرارة المركزية وترى اعراض نوعية وآفات تشريحية تمكن مشاهدتها بفتح جثة الحيوان بعد موته.

الفئة الثالثة . - تطعم حيوانات هذه الفئة المرتب الغذائي نفسه متمماً - في هذه المرة - بالمادة الغذائيـة المطلوب درسها التي تحمل فيه بمقادير مختلفة .

يعمد الى مثل هذه التجربة الاولى على الصورة المذكورة لمعرفة ما اذا كان الغذاء الموضوع على بساط البحث والدرس يحتوي على شيء من الحيوين أم لا دون ان يكترث بكميته او بعياريته .

فاذا ماثلت حيوانات الفئة الثالثة حيوانات الفئة الثانية صحة ونماء (تشابه منحنيات وزنهن وحرارتهن ، حدوث الاعراض في وقت واحد تقريباً ، تشابه المشاهدات التشريحية) استنتج من ذلك ان المرتب الغذائي الموضوع للبحث والدرس لا يحتوي على شيء من الحيوين المطلوب تحريه .

اما اذا شوهدت الاعراض في حيوانات الفئة الثالثة . بعد مدة طويلة فيمكن الحكم بان المادة الغذائية — بالمقدار المستعمل — تحتوي على قليل من الحيوين فيجب ان تكرر التجربة بزيادة المقدار الاول قليلًا او كثيراً .

واما اذا ماثلت حيوانات الفئة الثالثة بالصحة والنماء حيوانات الفئة الاولى المتخذة كشاهد اي اذا لبثت في صحة تامة وكانت منحنيات اوزانهن وحرارتهن طبيعية نظامية في خلال مدة طويلة جداً ومثلًا اربعـة امثال الزمن اللازم لظهور الاعراض ، فيدل ذلك على ان في المـادة المفحوصة مقداراً من الحيوين يساوي — على الاقل — المقـدار الموجود في المادة

النموذجية التي يتمم بها المرتب الغذائي الاصطناعي (او قد يزيد عنه) .

هذه الطريقة وقائية وترجح على الطريقة الشفائية اي على طريقة احداث المرض في الحيوان ثم شفائه باضافة الحيوين المنزوع عمداً ، الى القسط الغذائي

فاذا حصلت من هذه التجربة الاولى نتيجة ايجابية تحتم القيام بتجارب جديدة على هذه المادة ذاتها لمعايرة الحيوين فيها، وتجرى المعايرة دوماً بمقارنة النتائج المستحصلة ، مع ما يشاهد على الحيوانات التي تتناول المرتب الغذائي الكامل المحتوي على المقدار الاصغر اليومي من الحيوين المطلوب تحريه (حيوانات الفئة الاولى) من جهة ، ومع ما ينتج من الحيوانات التي تتناول المرتب الغذائي الذي ينقصه مطلقاً هـذا الحيوين ذاته (حيوانات الفئة الثانية) من جهة اخرى وهكذا حتى يتوصل الى معرفة المقدار الاصغر من الغذاء الذي يحدث النتائج ذاتها التي يحدثها المقدار الاصغر اليومي من المادة العيارية المستعملة في هذا الشأن ، فيستنبط عند ذلك غناء المادة الموضوعة للدرس ، من الحيوين بتعيين عدد الوحدات الغريزية وعدد الوحدات الدولية للعامل المبحوث عنه في غرام واحد من هذه المادة بحساب بسيط .

اما الوحدة الغريزية للحيوين فهي الفعالية التي توافق المقدار الاصغر اليومي (من المادة العيارية المستعملة) الذي يقي من حدوث الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين الموضوع للبحث .

(للبحث صلة)

❀❀❀

مطبوعات حديثة

مآثر العرب في العلوم الطبية

تأليف الدكتور سامي حداد

ما عومل تاريخ شعب كما عومل تاريخ العرب في العلم. وقد سمعت قوماً يكثرون من التحدث عن مكتبة الاسكندرية وكيف احرقتها العرب فسألت احد كبار المؤرخين الغربيين عن رأيه في هذه القصة فاجاب فوراً « مفتجرة » قلت ولماذا فقال لانه لم تكن يومذاك مكتبة في الاسكندرية .

فسلوا الغرب اين هي مئات المكاتب التي اتلفها في الاندلس وسورية ، وسلوا ابناء عم الترك — التتر — اين هي مكاتب بغداد التي ابادوها ، وسلوا العالم المتمدن كيف كافأت اوربة نهضة العرب وكيف عاملت آثارهم العلمية؟

نقول والالم يحز في انفسنا انه كان لابن سينا عشرات الكتب فلم يبق منها الا قليلها وكان لابن نفيس ومئات غيره من اعلام الطب مؤلفات ضخمة وابحاث جليلة فلم تبق يد الجهل الجاني منها الا مخطوطات مبعثرة في مكاتب العالم وكان وكان وبالعظة ما كان .

يا لله ! افي مثل غفلة الوسنان تتبدل الارض ويصبح عالي الحياة سافلها ؟ أفي مثل غفلة الوسنان تحطم مدنية قال فيها اكبر مؤرخ اميركي — ان اخراج العرب من الاندلس أخر المدنية اجيالاً ! ! اكل هذا يرتكبه جنون التعصب الديني .

ومضت اجيال على العالم الغربي وهو يعتقد ان العرب برابرة وان مدنيتهم كذبة مفضوحة الى ان حل القرن التاسع عشر فتنبه الغرب من غفلته وعرف الابناء اي جناية ارتكبها الآباء . ونفضوا قناع التعصب عن عيونهم فرأوا الحقيقة المجردة وراحوا يتسابقون لجمع بقايا الكتب العربية وتنافسوا بها ولو كانت صفحة من كتاب وكان الشرق عن ذلك غافلاً .

والآن بعد ان ذر قرن النهضة في البلاد العربية اخذت العرب تذكر الماضي المجيد ، وذكرى الماضي مهماز يحث الحاضر الى جلائل الاعمال ، وذكرى الماضي لقاح يخلق لنا شخصية مستقلة لا نستعيرها عيرة بل نكونها من قلب نفسيتنا ومن نفس تاريخنا ، فهي ضرورة حيوية ليست كما يظنها البعض تراجعاً في السير بل استعداداً للوثوب .

وانه لمما يسرنا ونحن في دمشق ان ينتضي احد كبار اساتذة الجامعة الاميركية في بيروت قلمه ويخرج لنا بحثاً طلياً عن مآثر العرب في العلوم الطبية ويقع في ثمانين صفحة من القطع الكبير . ولقد افتتحه بمقدمة وجيزة قال فيها : ولسنا ندعي اننا وفينا هذا البحث حقه ذلك لان الموضوع متعدد النواحي متشعب الاطراف ومصادره صعبة المأخذ بعيدة المنال . فالمطبوع منها قليل نادر والمخطوط لا يزال مشتتاً في مكاتب العالم ومتاحفه فلسنا نطمع اذن في ان تكون هذه الرسالة اكثر من مقدمة عامة لهذا الموضوع الواسع

ثم قسم الكلام الى العهد الجاهلي والعصر النبوي وعصر الخلفاء الراشدين فالعصر الاموي فالعصر العباسي ثم تكلم عن الطب في المغرب والاندلس

وبحث بعدئذ عن المارستانات في دمشق والقاهرة وبغداد وبعد ذلك افرد فصلًا لمؤلفات العرب ومصنفاتهم وختم الموضوع بخاتمة جميلة قال فيها :

وما برح العرب مكبين على العمل حتى كبا جواد حظهم ومال نجم سعدهم فغلبوا على امرهم . . . . . . ثم استفاقوا من غفلتهم وفي سورية وشرق الاردن والعراق . . . تبذل جهود عظيمة في سبيل اعادة مجد الثقافة العربية والطب العربي معها . اه

انني جد مغتبط ان اقرظ محاضرة الاستاذ سامي الحداد في الجزء نفسه الذي نحيي فيه ذكرى الاستاذ كورنيليوس فان ديك فان الروح التي بعثها فانديك في المعهد الاميركي الكبير ما زالت حية رغم كل المحاولات التي بذلت لخنقها .

واخيراً اقدم اصدق التهاني للصديق المؤلف راجياً ان يتحفنا دائماً بنتاج جهوده الفنية ونفثات يراعه الساحر

الدكتور
وجيه نجا

❀❀❀

الجزء ٦ المجلد ١٢

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣٧ م . الموافق لشوال سنة ١٣٥٦ هـ .

مؤتمر الجراحة الفرنسي السادس والاربعون

١ — الفريزة المرضية والمعالجة في حروق الجلد الواسعة الحديثة

لخصها العليم مرشد خاطر

بحث في غريزة الحروق المرضية الاستاذ بطرس دوفال من باريس وفي معالجتها مورغ مولين من مونبيليه .

١ — الفريزة المرضية : عين دوفال الحروق التي يعنيها في هذا البحث فعرفها انها الحروق الجلدية اي المناسبة للدرجتين الثانية والثالثة من درجات دوبويترن الدرسية ، والواسعة اي المشتملة على ما لا يقل عن ثلث مساحة الجسد ، والحديثة اي التي لا تزال في اسبوعها الاول ولم يمرّ عليها اكثر من عشرة ايام ،

وتحدث هذه الحروق الواسعة كما لا يخفى عوارض عامة قد تصعق البدن بمفاجأتها وشدتها مخلة بالتوازن الحيوي ومحدثة آفات عديدة

في الاحشاء ومميتة عدداً عديداً من المحروقين : مالا يقل عن اربعين في المائة اذا شمل الحرق ثلث الجسد ومائة في المائة اذا كان اكثر اتساعاً

والتناذر السريري الذي يبدو في هذه الحروق هو تناذر انسمام شامل فائق الحدة : فان الدور البدئي هو دور التنبه الذي يعقبه دور الوهن والسبات والموت . واما الاعراض الثانوية فهي الاقياء والاسهال وسلس البول والغائط . ويهبط الضغط الشرياني ويسرع النبض وتظل الحرارة طبيعية او تهبط فان معظم المحروقين حروقاً متسعة يموتون وحرارتهم غير عالية غير ان بعضاً منهم قد ترتفع حرارته الى ٤٠ او ٤١ بفعل المحاصيل السامة في المراكز المنظمة للحرارة .

ويقل البول ويكثر فيه الآحين والدم . وقد يظل البول غزيراً وخالياً من العناصر المرضية ويجب ان تعالج كلية المحروقين بالمدرات .

وتختلف آفات الجلد اختلافاً كبيراً فانه في بعض من النواحي مخرب تخريباً تاماً بيد ان الادمة في البعض الآخر منها قليلة الاصابة حتى ان معرفة السطح المحروق من الجلد معرفة صادقة متعذرة ان لم تكن مستحيلة . وتبدو في الجلد المحترق هنا وهناك اعشاش سليمة باستطاعتها القيام بالترميم غير ان هذه الاقسام السليمة نفسها مصابة بتبدلات مشابهة لتبدلات الجلد المحروق . والفقاعات والجلد المحروق مثقلة بالكلورور والجلد السليم مثقل به ايضاً . والجلد المحروق سام وقطعه يحيي الحيوان واذا ما طعم حيوان سليم به قتله .

وتصاب جميع الاحشاء : انبوب الهضم (قروح الاثناعشري) والطحال والكبد والمعثكلة (البنكرياس) والكليتين والرئتين والجهاز العصبي

والكظرين (المحفظتين فوق الكليتين) فتتبيغ جميعها تبيغاً شديداً وتحتشي احتشاءآت نزفية . وتصاب الخلية نفسها بآفات الاستحالة .

وتكشف الفحوص المخبرية اضطرابات جسيمة في الوظائف المختلفة ففحص الدم يكشف ازدياد السكر (٣ — ٤ غم) والحموضة فيه وهبوط الاحتياط القلوي وازدياد الادرنالين، وكثرة الكريات البيض وزيادة معدل خضاب الدم (الهاموغلوبين) وكثافته وعلو معدل البولة ونقص الكلورور . وفي الجملة فان معظم الوظائف تختل اختلالات كبيرة .

وتطرأ على البول اضطرابات جمة لا تقل شأناً عن اضطرابات الدم فتظهر بيلة الدم وتكثر البولة وكثيرات الهضمونات (les polypeptides) والحوامض الامينيه فيه .

ويبين الاختبار ان هذه الاضطرابات تبدو منذ الساعة الاولى للحرق . وبعد ان جاء الباحث بهذه الخلاصة التشريحية السريرية ذكر النظريات العديدة لتعليل « داء الحرق» هذا .

المناقشة الامراضية : ما من نظرية من هذه النظريات تصمد بعد ان توجه الانتقادات اليها مع ان في كل منها شيئاً من الصواب . هذا اذا استثنينا نظرية الانسمام بالحاصيل المتكونة في النسج المحروقة والمنتشرة في العضوية .

ان فكرة الانسمام العام في الحروق المتسعة معروفة منذ زمن قديم وقد ذكرها عدد من المؤلفين وجدوا في كشف المادة السامة وتعيين جوهرها ونسبة العوارض الخطرة في الحروق وموت المحروقين .

ويستطاع الآن بعد درس كل ما قيل وتمحيصه من فهم نظرية الانسمام

وتكونه على الوجه الآتي :

تفقد آحينيات النسج حياتها او يضطرب التوازن الفيزيائي الكيمياوي بفعل الحرارة العالية فيها . فتتكون في المكان المحروق هضمونات شديدة السمية لا تلبث ان تنتشر بسرعة في الدوران وتعمّ العضوية . وتدخل هذه السموم العضوية بالطريق الوريدي الكبير الخطر .

ويناسب مقدار المواد السامة حجم النسج المتبدلة ، وخطر الحروق تابع لمساحتها . ولا تتكون هذه المواد السامة في النسج المتفحمة يملل لنا هذا الامر ان تفحم الطرف اقل خطراً من حرقه المتسع من الدرجة الثانية .

وتؤثر هذه المواد السامة في نسج البدن وتؤذيها وقد تصبح الآفة الموضعية آفة عامة فيزداد في الدم بعض من المواد السامة ككثيرات الهضمونات والحامض البولي ودليله تجزؤ الآحينيات . وتبدو في معظم الاحشاء آفات مختلفة . ويثبت الاختبار ان حقن الوريد بهذه المواد السامة الناشئة من الحروق او بما يماثلها ككثيرات الهضمونات يحدث في الاحشاء آفات مماثلة للافات التي تحدثها الحروق فيها فالعوارض العامة ليست والحالة هذه الا نتيجةً لفعل هذه المواد السامة المميتة .

ويبدو هذا الانسمام العام بعد حدوث الحرق ببضع ساعات وليست الاشكال الصاعقة نادرة مع ذلك . وفعل هذه المواد السامة خاضع لشريعة الحقن بها فكلما كان الامتصاص سريعاً والمقدار كبيراً اسرعت العوارض بالظهور واشتدّ خطرها .

ويبلغ هذا الانسمام العام الذي يطرأ في بدء الحروق اقصى حده في اليوم

الثالث او الرابع اذ تأتي العفونة فتنضم اليه وتزيده خطراً . غير ان البدن المهدد يدافع عن نفسه في هذا الدور السام بطرق مختلفة : فتبدو في الدم خمائر ترياقية وتطرح الكبد الفضلات الآزوتية وتضبط النُسج المتأذية كلورور الدم ويزداد الادرنالين فيه وتكثر كرياته الحمر والخ . . . غير ان قيام الاعضاء المختلفة بعمل الدفاع العظيم يتطلب بعض الوقت فلا عجب اذا ما غلبت العضوية على امرها وقضى معظم المحروقين حروقاً واسعةً قبل ان ينظم البدن خطط الدفاع .

ويحق لنا ان نشبه الحرق الواسع بمرض عام وبانسمام شديد الخطر منشأه النسج المحترقة وسبب الخطر جسامة المواد السامة وسرعة دخولها الدوران العام ونقص دفاع البدن الناجم عن مفاجأة السموم له او عن قلة دفاعه لتأذي اعضائه السريع بهذه السموم او لمرض سابق كان قد اصابها .

وما عساها ان تكون المادة السامة التي يجب اتهامها في احداث هذه العوارض ؟ اننا لا نزال نجهلها حتى الآن وجلّ ما نستطيع معرفته ان المادة السامة المتكونة في النسج المحروقة تشتق من آحينيات النسج وتتبع على ما يرجح فئة كثيرات الهضمونات . ومن جهة اخرى أتنجم العوارض العامة التي تطرأ على المحروقين حروقاً واسعة عن صدمة تأقية (anaphylactique) ؟ وليس الحرق خطراً الا لكون البدن المحترق في حالة حس (sensibilité) ذاتي او اجنبي ؟

يدلنا فحص المحروقين السريري الدقيق والاختبار معاً ان الجواب على السؤال السابق ايجابي مع بعض التحفظ . ان مبدأ التحسس الذاتي جدير

بالاعتبار في تعليل عوارض الحروق غير انه لا بد من التدقيق فيه ودرسه قبل الجزم فيه من الوجهة الامراضية .

النتائج : ان الايام الاربعة الاولى التي تمرّ على المحروق يتألف منها دور خاص في سير الحروق ففيه تبدو نقية خالصةً تفاعلات البدن الناجمة عن احتراق النسج فقط واما العفونة التي لا تنجو منها النسج المحروقة فلا يبدأ فعلها قبل اليوم الرابع .

ويستنتج من المقدمة التي جئنا بها عن درس غريزة الحروق المرضية في المحروقين حروقاً واسعة ان احتراق النسج الواسع يحدث بسرعة فائقة اضطرابات عامة شديدة الخطر في البدن نستطيع ان ندعوها « داء الحروق »

وهذا الداء السريع الخطر لا يستمر الا بضعة ايام اي طيلة «دور الانسمام» في المحروقين . والوفيات في هذا الدور متى شمل الحرق ثلث الجسد او تجاوزه متبدلة من ٤٠ - ١٠٠ ٪ . ويحملنا فحص المحروقين السريري في هذا الدور واضطرابات اخلاطهم وآفات نسجهم الموضعية والبعيدة واضطرابات احشائهم المختلفة كما تدعونا نتائج الاختبار في الحيوان، الى عد « داء الحروق » انسماماً عاماً بمواد سامة متكونة في النسج المحروقة ومنتشرة في الدوران العام .

والانسمام في الحروق مماثل بعض المماثلة باعراضه وآفاته للانسمامات الاخرى بمحاصيل عضوية اجنبية (الدفتيريا ، التيفية) او معدنية (الاسس البيريدية)غير ان الخاصة التي يتصف بها الانسمام في الحروق هو كون المواد السامة المؤذية تتكون من نسج البدن المحروقة نفسها فهو والحالة هذه انسمام ذاتي لا يدخله اقل عنصر اجنبي . فلا عجب اذا ما ادخلنا انسمام المحروقين

حروقاً واسعة في صف خاص لا نكاد ندرك انواعه حتى الان : وهو انسمام العضوية بفضلات نسجها نفسها .

وحرق الحيوان اختباراً خير واسطة لدرس هذا الانسمام لان الشخص المحروق هو في الغالب صحيح البدن حين طرؤ الحرق وفي حالة توازن حيوي حسن كالحيوان المختبر به ولان المختبر يستطيع في اختباره استخدام العوامل المحرقة نفسها وينوع درجات فعلها كما هو الامر في الانسان فالاختبار في درس الحروق اذا ما راعينا الفرق بين الانسان والحيوان كبير القيمة

ان الانسمام في المحروقين حروقاً واسعة مماثل لما يحدث في حالات ثلاث بدأ العلم بكشف النقاب عنها : الصدمة الرضية في تخريبات النسج الكبيرة والداء في عقب البضع ، والانسمام الذي تحدثه الاشعة المجهولة او اشعة الراديوم بعد تخريب نسج الاورام .

ان هذه الادواء الاربعة تنشأ من تخريب نسج المريض نفسها ومن تكوّن مواد سامة منتشرة في الدوران العام . ويدلنا درس هذه الانسمامات الاربعة انها ناجمة عن العامل نفسه فان تناذراتها السريرية وتفاعلاتها الخلطية واحدة ويستحق الحرق ان يكون نموذجها

واذا جاز لنا القاء نظرة على علم الامراض العامة تحققنا ان تخرب نسجنا وتكوّن مواد سامة منها شيء عادي في حياتنا اليومية . فان خلايا كل حي تموت وتجدد تجدداً متواصلًا . وموت خلايانا نتيجة لقيامها بوظائفها واكبر دليل على تكون هذه المواد السامة الدائم في جسدنا هو بولة الدم وكثيرات هضموناته وحموضته والخ . ويحافظ البدن على توازنه بوسائط دفاعه .حتى

اذا ما اختل التوازن بدت الانسمامات الذاتية : ازدياد بولة الدم وكثيرات الهضمونات واختلال الاحتياط القلوي .

واذا كان بعض من الادواء وفي مقدمتها الحروق يشوش هذا التوازن بتخريبه السريع للنسج تشويشاً فجائياً فكثيرة هي الاسباب التي تحدث في نسجنا، ونحن متمتعون بصحة جيدة او في سياق احد الامراض، هذه التخريبات مشوشةً توازننا الحيوي . والامثلة كثيرة عن هـذا النوع : تعب العضلات ، الهزال و الخ . .

وقد يدعونا هذا المبدأ الجديد الى احداث بحث طريف في الامراض العامة نسميه : الامراض المحدثة بالانسمامات الذاتية وما هي الا الامراض التي يتطلبها عامل الحياة نفسها .

ولكن الا تهب هذه المواد السامة الذاتية الجارية بلا انقطاع في الدم بعض المناعة او التحسس الذاتي للانسان الحي ؟ يدل الاختبار ان الحروق المكررة تهب للحيوان تارة حالة تحسس تحملنا على تشبيه الحرق بالصدمة التأقية وتعلل لنا خطر الحروق في بعض الاشخاص او انها تهب له على العكس من ذلك حالة مناعة تعيد الدم غنياً بالترياق والمحروق اشد متانة .

وتعلل لنا هذه الحالات المتضادة التي تنشأ من سبب واحد وأمرهـا معروف في علم الامراض العامة التفاعلات الشخصية المختلفة بازاء الامراض

واذا كان درس الحروق الفريزي التشريحي لا يمكننا من حل هـذه القضايا فانه يدعونا الى درسها والعناية بها .

٢ — المعالجة : لفت الباحث الانظار الى ضرورة المعالجة العامة السريعة

التي تفوق جميع الاعتناءآت الموضعية : المورفين لتخفيف الآلام ، وتدفئة المريض حتى قبل تعريته من اثوابه . ومقويات القلب .

ثم يكافح انسمام الدم لان الدور الاول في الحروق انسمامي صرف : باماهة(hydratation)المحروق تخفيفاً لكثافة دمه وبحقنه بالمصلين المليحين المتعادل والزائد التوتر لمكافحة نقص الكلورور في دمه وازدياد كثيرات المضمونات فيه ، وينقل الدم اليه لتنشيطه ومضادة السموم فيه (مقادير قليلة مكررة من ٢٠٠ — ٣٠٠ سم٣)

ويستعمل الديجتال كمقوٍ للقلب ومدرٍ للبول والاتروبين وكلورور الكلسيوم كمسكنين للجهاز العصبي النباتي ، وتحت كبريتيت الصوده الذي يفعل فعلاً حسناً في تطور (métabolisme) الكبريت ، وخلاصة الكظر (surrénale)) والمصل المضاد للكزاز والمصل المضاد للمكورات العقدية اجتناباً للعفونة في الايام المقبلة .

ثم درس الباحث الطرق المتنوعة في المعالجة الموضعية ومحصها تمحيصاً دقيقاً: الاجسام الدسمة منذ مرهم الكلس القديم حتى الامبرين (ambrine) غير مهمل الزيت الغومنولي الذي يبل به البفت (taffetas) ويضمد به الحرق . وجميع هذه الوسائط ناجعة في تسكين الآلام غير انها تسهل امتصاص السموم ولا يشار بها في البدء .

وتنظيف الناحية المحروقة المتقن وفقاً لاشارة مدام ناجوت منذ السنة ١٨٩٣ لاجتناب العفونة لا يزال مستعملاً ومفيداً حتى الآن .

واما قطع الاجزاء المحروقة الجراحي لمكافحة الانسمام فصعب تحقيقه

متى كان الحرق واسعاً والمحروق مصدوماً . والحمام المتواصل لا يخلو من الخطر لانه مضعف للقلب . والتجفيف هو خير الوسائل بتعريض الحرق للهواء الطلق او بالدباغة (tannage) .

وقد درس الباحث فعل الحامض العفصي والمواد الاخرى المسرعة للاندمال : نترات الفضة ، وفوق الكاورور ، وبنفسج الجنطيانا والمركوروكروم والخ درساً دقيقاً وحداه هذا البحث الى وضع اسس المعالجة المسرعة للاندمال بعد سقوط القشور ونعني بها المعالجة بالحيوينات (les vitamines) والتضميد بدا كان والاشعة فوق البنفسجي والطعوم .

المقترحات لوضع معالجة اساسية : ١ — الاحصاءآت : تدل الاحصاءآت ذات الشأن والمشتملة على عدد وافر من المحروقين والناطقة بارقام تقرب من الحقيقة ان الوفيات في الحروق الواسعة كانت تقرب من ٢٥ ٪ وبعد ان ادخل الحامض العفصي في المعالجة دلت الاحصاءآت الجديدة التي جمعها الجراحون انفسهم ان الوفيات هبطت الى ما يقرب من ٣٠ - ٣٥ في المائة غير ان قيمة الاحصاءآت في الحروق عرضة للمناقشة كيف لا والحروق الواسعة الخطرة والحروق المتوسطة تدخل فيها بلا اقل فارق بينها . فمعدل الوفيات تابع لاتساع الحروق لا للمعالجة المتبعة .

ومتى محص الباحث هذه المشاهدات تمحيصاً دقيقاً ظهر له ان معدل الوفيات في الحروق الواسعة لا يزال مرتفعاً على الرغم من جميع المعالجات ومن النجاح الذي اقترنت به المعالجة العفصية التي خلصت من براثن الموت اشخاصاً تجاوزت حروقهم اكثر من نصف مساحة اجسادهم ، وبدا له جليا

ان الحروق التي تنيف على ثلث مساحة الجسد مميتة في الغالب . ومع ذلك فغير نكير ان المعالجة الحديثة قد ثبت فعلها الحسن وانها اطالت حياة كثير من المحروقين كانوا قد قضوا نحبهم بدونها .

٢ً — الاعتناءآت المباشرة : لا بد من الاقرار بان الاسعافات العاجلة التي يحاط بها المحروق ، والقلوب لا تزال هالعة من طرؤ الحادثة والوسائط الضرورية غير متيسرة، اقرب الى الضرر منها الى النفع . وخير ما يصنع في حالة كهذه حقن المحروق حرقاً واسعاً بالمورفين ولفه بعقرمة (drap) وارساله بسرعة الى المستشفى بلا اقل توسط .

واذا رغب في تضميد المحروق فليضمد حرقه بما لا يضر بالتضميدات الناجمة المقبلة وعليه فلتنبذ نبذاً باتاً الاجسام الشحمية التي تصعب ازالتها وتمنع المعالجة المفصية النافعة .

ونذكر من هذه التضميدات التي يستطاع استعمالها بلا ضرر ولا ينكر نفعها لف الناحية المحروقة بضماد من الغزي (gaze) ذرّ عليه تحت نترات البزموت او تضميدها برفادات معقمة مبللة بمحلول مئوي من النوفوكايين الادرنالين. ان هذه التضميدات الموقتة سهل نزعها متى اريد تنظيف الناحية تنظيفاً جراحياً متقناً .

٣ً — تنظيم المستشفيات : لا يعالج المحروقون حروقا واسعة في غير شعب الجراحة . واذا لم نطلب من تلك الشعب انشاء فرع خاص لمعالجة هذه الحروق فاننا نسأل ان يكون فيها بعض التجهيزات التي لا غنى عنها في حالات كهذه : غرفة دافئة لتعرية المريض وتنظيفه ، مغطس مع

ماء حار جارٍ ، محلول عفصي معقم ، خيمة كهربية يستطاع تعريض جروح المحروق فيها للهواء الطلق .

ولا بد في هذه المستشفيات من مخبر جاهز في كل وقت لاجراء الفحوص الكيمياوية والمجهرية ومن مُعطين عموميين لنقل دمائهم للمحروقين اذا اقتضى الامر ، حتى من ناقهين من الحروق لاجراء نقل الدم الممنع .

٤ً — الاعتناءات في الساعات الاولى : المعالجة العامة في البدء ثم المعالجة الموضعية ، هذا ما يجب اتباعه بلا اقل تردد .

واسس المعالجة العامة هي تسكين الألم بالمورفين والتدفئة واعطاء المحروق سوائل وافرة وحقنه بالمصول واكثار كلورور دمه بالمصل الملحي المتعادل او الزائد التوتر ونقل الدم .

وبعد ان تقاس مساحة الحرق لمعرفة انذاره وسيره تباشر المعالجة الموضعية فيبدأ بتنظيف الجروح الجراحي وهو عملية طويلة دقيقة يتعلق بها سير الحرق المقبل وقد تستدعي التخدير العام . ثم تخثر النسيج المحروقة بالدباغة التي تفضل في يومنا الطرق الاخرى وتعدُّ خير طريقة حيوية . وافضل مادة للدباغة الحامض العفصي غير ان تعريض الحرق للهواء او وضع بعض المطهرات عليه يفضي الى النتيجة نفسها .

واذا شئنا ان نضع قاعدة نتمشى عليها في معالجة الحروق واختيار الطريقة المجففة قلنا : مقر الحرق : ان حروق الوجه تشفى بتعريضها للهواء وحروق الاليتين والعجان السريعة التلوث والتعفن تستدعي الدباغة السريعة .

مساحة الحروق : ويستحسن في الحروق التي تشتمل على الزور (tronc)

جميعه تخثير الاحينيات المجزأة بما امكن من السرعة، واشراك الحامض العفصي مع نترات الفضة خير ما يصنع فيها . واذا كانت الحروق اقل اتساعاً ولا تشتمل الا على ١٥ – ٢٠ ./. من مساحة الجسد تخثر الاحينات ايضاً فيها بمحلول من الحامض العفصي نسبته ٥ ./. او ببنفسج الجنطيانا او المار كورو كروم

عمق الحروق : اذا كان الحرق من الدرجة الثانية افادت فيه الدباغة ونمت البشرة الجديدة تحت القشرة . واما في الحروق من الدرجة الثالثة فان الدباغة بالحامض العفصي تترك قشرة كثيفة قاسية يتقيح ما تحتها فتسقط تاركة سطحاً محبباً متعفناً صعب الاندمال . وان بنفسج الجنطيانا او المار كورو كروم اللذين يفوقان الحامض العفصي بالتطهير ويتركان قشرة رقيقة لينة مفضلان عليه .

المعالجة المستعملة سابقاً : اذا كان الحرق قد ضمد بمواد شحمية لا يعود صالحاً للدباغة فيستغنى عنها فالحامض العفصي لا يفعل فعلاً حسناً مهما اعتني بتنظيف المادة الشحمية والتقيح لا مفر منه .

٥ً – الاعتناءات التالية : هي الاعتناءات المستعملة منذ اليوم الثاني حتى الثاني عشر .

يثابر على المعالجة العامة وتراقب نتائجها بالفحوص المخبرية : تعاير كثافة الدم يومياً بمعايرة خضابه ، ويعاير كلورور الدم وكثيرات هضموناته وبولته وسكره ، وتراقب التطورات التي تطرأ وترسم المعالجة الموافقة وتكشف معاينة الدم المجهرية تحببات الكريات البيض السمية فيه التي تستدعي نقل الدم بلا ابطاء .

وتراقب وظيفة الكلية ويقوى القلب بالديجتال او الكورامين ويرفع التوتر الشرياني بالافادرين ويعطى المحروق سوائل قلوية ويغذى بالاطعمة السائلة: مرق الخضر والحليب وعصير الاثمار .

وتنحصر المعالجة الموضعية بمراقبة القشرة المدبوغة التي لا بد من بقائها جافة بتعريضها للهواء تحت الخيمة الكهربية ومن تطهير حافاتها كل يوم بمسها بنفسج الجنطيانا

٦ — الاعتناءات المتأخرة : اذا بلغ المحروق اليوم العاشر ولم تظهر فيه اقل عفونة وكانت العوارض العامة قد هجمت تخفف المعالجة العامة شيئاً فشيئاً . ثم يأتي زمن انفصال القشرة التي تسقط عفواً في الحروق من الدرجة الثانية واما في الحروق من الدرجة الثالثة فلا بد من تسهيل انفصالها بتضميد الناحية يوماً واحداً تضميداً رطباً بمصل زائد التوتر او محلول داكان وقد يلجأ الى فصلها بالمبضع ارباً ارباً .

وتطهر السطوح المحببة التي تنكشف عنها القشرة في الحروق العميقة تطهيراً دقيقاً واذا بدت على تلك السطوح اجزاء حية من البشرة استطيع تنشيطها بتضميد الناحية بالزيت الحيويني (Vitaminée) واذا لم تكن عليها جزر حية من البشرة تطهر اولاً بتعريضها للاشعة فوق البنفسجي ثم تطعم بطعوم تسرع اندمالها

المناقشة

ماك كلود : تكلم باسهاب عن معالجة الحروق بالحامض العفصي مطرياً منافعه وذاكراً انه قد انقص الوفيات انقاصاً شديداً . فان تكون تلك

القشرة الواقية يسكن الآلام ويعيد الجروح النازة جروحاً جافة منقصاً امكان التعفنات ومدة المعالجة ونفقات التضميد . اضف الى ذلك ان الاختلاطات المتأخرة الناجمة عن الندب المعيب قليلة بعد هذه المعالجة . ولا بد ان من اشراك هذه المعالجة الموضعية مع المعالجة العامة التي ترمي الى انهاض قوى المريض وزيادة تحمله ومتانته : المصول السكرية والملحية ونقل الدم والخ . . وقد لفت الانظار الى ضرورة تعليم الشعب طرق الوقاية من الحروق وبين الخطة الواجب اتباعها وذكر نتائجها .

ريال (من فينه) : ايد نتائج نقل الدم الحسنة الذي استعمله منذ زهاء ست سنوات وذكر احصاءه المشتمل على ١٠٦ حوادث نجا منها ما يعادل ٦٠ ./. وقد لفت الانظار الى ضرورة معاينة الدم المجهرية التي ترشد الطبيب المعالج الى وجوب نقل الدم (اي ظهور التحبيات السمية في الهيولى وظهورها هو العلامة المنذرة) وهو يشير بالدباغة ويحبذها وبالحمامات المتواصلة في بعض الحروق ويدعي ان هذه الحمامات يجهل الكثيرون فعلها الحسن لانهم لا يستعملونها

ويلسون (من ايدمبورغ): يستعمل الدباغة ايضاً في معالجة الحروق وقد عالج بها زهاء ٢٠٠ طفل منهم ٦٥ حروقهم واسعة . يوضع محلول الحامض العفصي الذي نسبته ٢٠ ./. بعد ان تنظف ناحية الحرق بالمصل ويعرض الحرق للهواء او يدفأ ويستعمل بنفسج الجنطيانا او الاقريفلافين في الوقت نفسه لمضادة العفونة وخلاصات الكظر لمكافحة انسمام الدم .

سيان (من مونيخ) : ينظف الحروق بفرشاة صغيرة معدنية متصلة بتيار كهربي فيتمكن بهذه الطريقة من نزع النسج المحروقة بالحرارة آلياً . اضف الى

ذلك ان التخثر الذي يحصل عليه يعزل الحرق مكوناً طلاءً واقياً من التعفن . وقد عكس على الشاشة البيضاء رسوماً عديدة مبيناً بها هذه الطريقة

دوناتي (من ميلانو) بين مع معاونيه الدور الذي يلعبه تكثف الدم وامتصاص المواد السامة في الصدمة الثانوية التي تصيب المحروقين. وغير نكير ان هذين العاملين هما سبب الصدمة غير انه قد ظهر من تحرياتهم ان اضطرابات الدوران تبتدىء اولاً وان التشوشات الناجمة عن امتصاص الآحينيات السامة تأتي بعدها فيجب ان تكون المالجة موجهة الى مكافحة تكثف الدم والانسمام معاً .

ديكر (من لوزان) : يدرس نقص كلورور الدم التالي للبضع ويبين الغموض المحيط به وقد ايد بتحرياته وبالمعايرات المكررة التي كان يجريها ان درجة اصابة النسج في ساحة العملية لا تناسب درجة نقص كلورور الدم ولا بد من اجراء هذه المعايرات بعد البضع كما في عقب الحروق لمماثلة الحالتين لمعرفة الحالات التي ينقص فيها كلورور الدم ويكون اعطاء المصول الملحية فيها مضراً .

دزيمبوفسكي (من بولونيا) : يشير باستعمال حيوينات زيت كبد الحوت ويستعمل ايضاً الدباغة الموضعية التي يصف طريقتها ونتائجها .

لريش من (ستراسبورغ) : جرب في المعالجة الموضعية المقرمة (le drap) المعقمة ولم ترضه نتائجها . وقد جنى من الدباغة نتائج حسنة واشار بالماركوروكروم في الاطفال وفي الحروق المتعفنة غير ان الاستشهاس خير منه متى استطيع استعماله .

فورماسترو (شارتر) : جنى فوائد حسنة من المسح بالكحول اليودي ثم بتضميد طاهر يترك طويلاً ، ويجوز استعمال المار كور كروم على الطرز نفسه

هامان وغريمو : يعتقدان ان حروق الجلد الواسعة قلما تكون متساوية الدرجات في جميع الاقسام فهي سطحية في بعض الانحاء وعميقة في البعض الآخر . ويشيران بقطع الاجزاء العميقة المائتة مستندين الى مماثلة عوارض انسمام الدم في المحروقين والمصابين بجروح رضية والى نجاح هذا القطع في الجروح

ووسائط التخثر الكيمياوي الناجعة في الجروح السطحية لا تفعل اقل فعل متى كان الموات عميقاً ولا تمنع انسمام الدم .

ويجوز في بعض من الاوقات وبعد العمليات الباكرة ترميم السطح المعرى بالطعوم او الخياطة او سوى ذلك . وقد قدم المؤلفان مشاهدات تؤيد مبدأهما .

لومبار ومونبيليه (من الجزائر) : ذكرا مشاهدتي حروق مميتة في ولدين استمر الحرق في المشاهدة الاولى ٥٥ يوماً وقد نقص في سياقه معدل هضمونات الدم مع انقلاب نسبة المصلين — كريين وهبط الكولسترين وبقيت البوله طبيعية . وكشفت المعاينة النسيجية التهاباً في الكلية واستحالة شحمية في الكبد.

واستمر الحرق الثاني ٢٧ ساعة فقط وظهرت في سياقه بيلة سكرية ويرقان وبدت آفات التهاب في الكلية منحصرة في الانابيب وظلت الكبب سليمة ولم تتبدل الكبد .

بيوله وليموزن : يشيران بتضميد السطوح المحروقة بزيت كبد الحوت الذي

يضاد بما فيه من الحيوينات الصدمة وانسمام الدم ويسهل الندب بصونه جزيرات الادمة التي لا تزال حية. ويوضع هذا الضماد بعد ان يدفى المحروق وتكافح صدمته ويسكن ألمه بالمورفين وينظف حرقه تنظيفاً جراحياً متقناً وهو مخدر تخدير عاماً. ويوضع المحروق بعد ان يضمد على مقرمة عقيمة وفي فراش دافيء وكلما بدل الضماد تشرك المعالجة بجلسة استشماع (تعرض لاشعة الشمس او للاشعة فوق البنفسجي وذلك تابع للفصل) ولا ينبذ المؤلفان الدباغة نبذاً مطلقاً غير انهما يعالجان بها الاقسام المكشوفة من الجسد. ونتائج هذه الطريقة مشجعة.

دولاجنيار الابن: لا يزال يستعمل التنظيف بالفرشاة والكحول بدرجة ٩٠ والمريض مخدر تخديراً عاماً كما كان يصنع لوسان. غير ان هذه الطريقة تستدعي التبكير ولا يستطاع اجراؤها الا في المستشفى. واذا خابت هذه الطريقة فلأن المحروقين يصلون متأخرين في الغالب بعد ان تكون حروقهم تعفنت. ولا سيما اذا كانوا قد ضمدوا تضميداً اولياً بمواد شحمية الامر الذي يجب نبذه نبذاً تاماً وتدريب الممرضات والشعب على الاقلاع عنه. واذا اريد تسكين آلام المحروق فان ستر حرقه بتضميد حسن كاف ٍ ولا حاجة الى طلائه بمواد شحمية.

شافاليه وكاركاسون: عالجا ٢٣ بحرياً اسبانياً احترقوا حروقاً خطرة بالحيوين أ (A) واستعملوا زيت كبد الحوت لهذه الغاية وحقنوا عضلات المحروقين بهذا الحيوين ايضاً. وقد كانت النتائج باهرة والندب سريعاً والندبات لينة.

❀❀❀

اليرقانات البردائية (١)

للمليم ترابو استاذ السريريات الطبية

ترجمها طالب الطب السيد محمد وحيد الصواف

ان احسن نموذج مرضي لدرس اليرقانات هو البرداء . تعلمون جيداً ولع حيوان لافران بالكبد هذا الولع الذي تدل عليه الأقياء الصفراوية التي كثيراً ما ترافق هجمات الحمى ، وضخامة الكبد متى تكررت الهجمات او على العكس ضمورها في كهبة البرداء الضمورية (cirrhose atrophique palustre) وتثبت هذه الاعراض التي مارستم رؤيتها انتم العائشين في بيئة بردائية ، ان الوظيفة الصفراوية قلما تنجو من تأثير البرداء المؤذي ، واني تتسنى لها النجاة وخلية الكبد غالباً مصابة ومريضة . لذا نرى البرداء تحدث زمرة من اليرقانات كبدية المنشاء .

تعلمون ايضاً ان فقر الدم خل البرداء الوفي لان جميع الكريات الحمر الموبؤة محكوم عليها بالخراب حتماً عند انفجار الجسيمات الوردية فيتحرر خضاب الدم وتطرأ عليه سلسلة تبدلات ينقلب بعدها الى اصبغة صفراوية فيحدث من جراء ذلك يرقان دموي المنشاء .

فيمكن للبرداء ان تحدث ، بحسب تعبير غوبلر القديم ، يرقانات هامافية (ict. hémaphéiques) ويرقانات صفراوية (ict. biliphéïques) حتى

(١) هي احدى المحاضرات الطبية عن الامراض المحلية القاها الاستاذ ترابو على طلبة المعهد وقد رأينا في نقلها الى العربية ونشرها فائدة للقراء (المجلة)

انها يمكنها ايضاً كما سنرى ذلك ان تحقق شكلاً خاصاً بها مستمداً من الآليتين المذكورتين وهو الحمى الصفراوية ذات البيلة الخضابينية البردائية ... (la bilieuse hémoglobinurique palustre)

لا نجد في المؤلفات الطبية حتى في الكبيرة منها فصلاً خاصاً بالبرقانات البردائية . فقد اشار اليها لادانتاك (Le Dantec) اثناء وصفه للحمى الصفراوية المتموجة « التي تطلق في المستعمرات على كل حمى يرافقها اقياء ويرقان وبراز صفراوي . وذكر فنسان وريو (Vincent et Rieux) يرقان البرداء الحاد الذي يبدو اما بنموذج اليرقان الانتاني البسيط مع ازدياد افراز الصفراء (polycholie) او، وهو الاندر، بشكل اليرقان الخطر مع ألب (hyperthermie) وزيادة افراز الصفراء واعراض نزفية ».

وقد اشار باسو (Paisseau) ايضاً الى يرقان البرداء وذلك في اثناء تكرر العفونة او النكوس حيث تكون الكبد وارمة مؤلمة واليرقان — اذا وجد ووجوده معتاد - بلا بيلة صفراوية (acholurique) . وقد اشار اليه المؤلف نفسه ايضاً في اشكال اشد خطراً حيث يشاهد إما اليرقان الصريح مع بيلة صفراوية (cholurique) وكبد قد تكون احياناً ابعادها جسيمة واما اليرقان الانتاني الحمي مع البيلة الصفراوية والبراز الشديد الاصطباغ (selles pleiochromiques) الذي لا يدوم سوى بضعة ايام وإما اخيراً اليرقان الخطر مع هذيان وألب ووهن وقيء واسهال صفراوي وعوارض نزفية .

وقد وصف غرال ومارشو (Grall et Marchoux) تباعاً : يرقان بداء حميات الجزائر المتموجة « الذي يزداد وضوحاً كلما كانت الاصابة خطرة

والانسمام قديماً وقد تعلو انعكاسات حمر مسمرة الاصفرار ويدل حامض الآزوت على وجود مادة الصفراء الصابغة في البول ، ثم اليرقان المؤخر في الحميات الصفراوية المعدية (F. gastro-bilieuses) الناجمةعن تكرر المفونة الذي يقتصر على صبغ الملتحمات ومنشأه كبدي دموي . فليس هو اذاً يرقان انحباس ولا يرقان بفرط الافراز رغم احتواء البول على آثار زمرد الصفراء (biliverdine) ثم اخيراً يرقان البرداء التيفية (paludo - typhisme) مع صفات الانسمام الصفراوي (ictéricie) الواضحةوالدائمة :اصفرار عام، بول صفراوي اقياء صفراوية، مع نزف جلدي مخاطي في الحالات الشديدة الخطر ، يعزى إلى تبدل الدم بيرقان فرط الافراز .

وقد وجد ارمان داليل (Armand Delille) اثناء الحرب العامة جميع هذه الأشكال في جنود جيش الشرق الفرنسيين : اليرقان الانتاني الذي وصفه فنسان وريو والحمى الصفراوية المعدية التي وصفها غرال وكلارك واخيراً الحميات الصفراوية النزفية التي تقابل يرقانات باسو الخطرة او البرداء التيفية التي وصفها اطباء المستعمرات .

فاذا ما درسنا هذه التظاهرات المختلفة على ضوء المعلومات الحديثة عرفنا انها على التوالي : اليرقان بلا بيلة صفراوية في البرداء الخبيثة وفي الاشكال الخفيفة منها ، واليرقان بفرط الافراز وفرط الاصطباغ (ict.polycholique pleïochromique) مع موكب العلامات النزفية في اشكاله القديمة والخطرة ، واخيراً يرقان الانتقال (de transition) في بعض الحميات المعدية الصفراوية الناجمة عن تكرر العفونة وهو يرقان يصل الاشكال مع بيلة صفراوية

بالاشكال الحالية منها وتتصف بظهور آثار زمرد الصفراء (biliverdine) في البول .

. . . .

ان هذه الباقة التي التقطناها من الكتب الطبية واثبتناها هنا عن اليرقانات البردائية ليست كاملة وما جنيناه معاً بمستشفانا العام في اثناء دروسنا اوسع وأهم . فلنساهم اذاً في ايضاح هذا البحث مستعينين بما نذكره معاً عن مرضانا متدرجين من الحالات الخفيفة الى الحالات الخطرة. فنقدم لكم اولاً بردائيين حديثي الاصابة :

بضع هجمات حمية تعلن بدء المرض . الطحال مؤلم والكبد طبيعية ، في الاغشية المخاطية بعض الاصفرار اما الملتحمات فليس فيها اقل اثر للون اليرقان الخفيف ، في الدم أقاسيم نشيطة ، البول خال من الملاح والأصبغة الصفراوية ومن صفراء البول(اوروبيلين)هذا هو البرداء الخالي من اليرقان .

واليكم مرضى آخرين حديثي العهد بالاصابة ايضاً ومن المنطقة البردائية نفسها الا ان الهجمات فيهم اشد واكثر عدداً وقد دخلوا المستشفى مصابين بغثيانات واقياء غذائية واسهال عادي، لسانهم وسخ ونفسهم كريه . أثّر فقر الدم في ملتحماتهم فأزال لونها ، اللحف صفر باهتة في البعض وفاقعة زعفرانية في الآخرين . الضعف وانحطاط القوى شديدان ، البطن رخو غير متطبل ولا مؤلم ، الصمم الطحالي معتاد او مزداد قليلاً ، الكبد لا تجاوز الضلوع الكاذبة والمرارة غير مؤلمة ، الشهية ناقصة والبراز بلونه المعتاد ، اما الدم ففيه الحيوانات النشيطة او في الغالب الحيوانات المبكرة

ويبلغ نقص الكريات الحمر فيه المليون او المليون والنصف. اما الكريات الحمر الباقية فاحياناً سالمة ومقاومة مقاومة حسنة في المحاليل المليحة (ترابو) واحياناً يرى منها ما هو محبب واقل مقاومة بنسبة ٧ — ٢٣ ٪ (ساكابه وسابرازاز (Sacquapée et Sabrasez) . وفي بعض الحالات النادرة يكون مصل الدم حالاً للدم ولا يحوي البول أصبغة ولا ملاحاً صفراوية انما فيه شيء من صفراء البول (أوروبيلين) . هذا هو البرقان الدموي المنشإ بلا بيلة صفراوية الناجم عن تخريب الحيوانات الدموية للكريات الحمر الطبيعية تخريباً عظيماً وقد أسميناه لهذه الاسباب البرقان المخرب للكريات érythro-phtorique) سواء أكان ناجماً عن ضعف خاص في عدد كبير من الكريات الحمر المحببة التي قلت مقاومتها نحو المحاليل المليحة ومنه تسميته بالبرقان بنقص المقاومة الكريوية او عن انحلال الكريات الحمر بحالة خاصة ومنه تسميته بالبرقان الحال للدم (hémolysinique) وتشاهد هذه النماذج الثلاثة بالتساوي في البرداء الحديثة العهد .

واليكم مرضى اقدم عهداً بالاصابة : شكا هؤلاء هجمات حمية متكررة من النموذج الثلث اضمحلت مدة ثم نكست وقد شاهدنا فيهم ما يلي :

مخطط حرارة غير منتظم بتاتاً ، اقياء غذائية ، قهاً ، دعثاً ووهناً . وفي الدم بعض الاجسام الهلالية مع نقص عظيم في الكريات يتجاوز المليونين . الاغشية المخاطية حائلة اللون والملتحمة مصطبغة بلون يرقاني خفيف واحياناً بلون يرقاني صرف . البراز عادي والبول مصطبغ قليلاً فيه بولات وصفراء بول وخضاب دم . هذا هو البرقان ذو البيلة الخضابينية بلا بيلة صفراوية

الذي يرى في الحمى الخبيثة

واليكم ايضاً نموذجاً آخر : الهجمات الاولى شديدة جداً مع ألب شديد درجته ٤٠ — ٤١ وعرواء ثم عقب ذلك عرق غزير وقد تكررت هذه الهجمات مراراً عديدة بالأوصاف نفسها ورافقتها اقياء صفراوية ودام الامر كذلك بضعة اسابيع . وقد بدت في هؤلاء المرضى حين دخولهم المشفى الأعراض التالية : طحال ضخم ومؤلم يتجاوز الضلوع الكاذبة . كبد ضخمة متجاوزة الحافة الضلعية باصبعين، الملتحمات صفر فاقعة . البراز سائل مصفر او اخضر . البول احمر قانىء فيه بولات واصبغة صفراوية وصفراء بول وقليل من الملاح الصفراوية . الدم متوسط الفقر بالكريات وفيه اقاسيم نشيطة ومبكرة. هذا هو اليرقان الصباغي (pleiochromique) مع بيلة صفراوية الذي يرى في احد اشكال البرداء الجانحة ويعده السرريون وعلماء الدم شكلاً خبيثاً .

***

والآن سنذكر مشاهدات عن مرضى مصابين ببرداء مزمنة مروا بأدوار مختلفة . تكرر عفونة او نكوس ، تتظاهر بحميات كان يسميها القدماء الحميات المعدية الصفراوية وتتصف بثالوث عرضي واسم : يرقان ، اقياء صفراوية ، براز صفراوي .

بدأ المرض في بعض من المرضى لم تمرّ على اصابتهم سوى بضعة اشهر بهجمة حمية قوية من النموذج الخبيث مع عرواء شديدة واقياء صفراوية وبراز صفراوي .وقد تكررت الهجمات رغماً من الكينين متتالية او بفترات

ايام . الجلد أَصفر والقمه تام والمعدة حساسة لا تقبل شيئاً حتى السوائل . الكبد ضخمة ومؤلمة ، الطحال محسوس ، البراز سائل وشديد الاصطباغ، في البول بولات واصبغة وملاح صفراوية، في الدم حيوانات نشيطة ومبكرة .. هذه هي الحمى الصفراوية المتقطعة مع يرقانها الخاص : اليرقان بازدياد الافراز مع بيلة صفراوية .

وكان البدء في البعض الآخر بقمه وصداع ودعث : ترتفع الحرارة مهتزة مابين ٣٨° - ٣٩° مع انخفاضات يومية معادلة لدرجة فاكثر تجعل المخطط منكسراً . اللحف والملتحمات صفر فاقعة ، اللسان جاف احمر ذروته متشققة ، الطحال غير متجاوز حافة الضلوع الكاذبة والكبد غير مزدادة الحجم فكأن هذين المضوين لا يتفاعلان بالعفونة البردائية ، الاقياء صفراوية ومتكررة، البراز مصطبغ بافراز صفراوي غزير والوهن بالغ اشده ، في البول اصبغة وملاح صفراوية وصفراء بول (اوروبيلين) وفيه ايضاً نيلة (انديكان) وسكاتول وبولات وحماضات حتى ان فيه شيئاً من السكر . اما الدم ففيه أَقاسيم او اعراس مبكرة بشكلها الهلالي الخاص . . . . هـذه هي الحمى الصفراوية الخبيثة المعروفة بالحمى المدارية التي غالباً ما تميت مع يرقان صباغي (pleiochro-mique) بازدياد الصفراء وبيلة صفراوية وقصور كبدي .

واخيراً نرى في بعض المرضى المصابين بحمى صفراوية متقطعة او متموجة ان اليرقان يزداد فجأة ويستفحل خطره وتظهر النزوف : رعاف وقيء دم وبيلة دم ولطاخات فرفرية كما تظهر في الوقت نفسه اعراض عصبية : سدر ووسن او على العكس اختلاج وهذيان ، ينقص حجم الكبد ، القمه تام

وبخلاف الاسهال امساك، يحول لون البراز وتنقص كمية البول وينشبع لونه فيغدو اسمر قاتماً مع انعكاسات خضر وتظهر فيه صفراء البول وكثير من الآحين وتنقص بولته بينما تزداد بولة الدم حتى تبلغ ٤ – ٥ غرامات . . . .
هذا هو اليرقان الخطر مع بيلة صفراء البول وزوال الاصبغة الصفراوية والتأسر (urémie) المؤدي الى السبات المميت بنقص الحرارة التدريجي وهو يرقان الحميات الخبيثة مع قصور الكبد الحاد

* * *

لقد جمعنا اخيراً عناصر باقتنا بعد عناء كبير . وتتألف هذه الحزمة من الألوان التالية : الاصفر الشاحب في اليرقانات الدموية المنشإ بلا بيلة صفراوية . والأصفر الفاقع في اليرقانات بازدياد عمل الكبد، والزعفراني في اليرقانات بازدياد افراز الصفراء ، والاصفر المحمر الى السمرة او المحمر الى الخضرة في الحميات الصفراوية المتموجة او المنقطعة . والاحمر الفرفري في اليرقانات الخطرة . بقي علينا ان نضيف الى هذه الباقة عنصراً اخيراً وهو اللون الاصغر ذو الانعكاسات الخضر الذي يشاهد في الحمى الصفراوية ذات البيلة الخضابينية .

لم تكن هذه الحمى نادرة في سورية حين الاحتلال الفرنسي وفي السنوات الاولى التي تلته فقد ذكر الاطباء العسكريون عدة اصابات منها في جنود أتوا من فرنسة سالمين وتعرضوا في اثناء الحركات العسكرية لعفونات شديدة ومنذ ذلك الحين خفت وطأة هذا الشكل الخطر من الحمى وانطفت جذوته بفضل استعمال الكينين الواقي في الجيش وفي سكان القرى ويمكننا ان

نقول بزوال هذه الحمى من مسرح الامراض السورية زوالاً يكاد يكون تاماً . لذا ارى نفسي مضطراً الى الاستعانة هذه المرة بالمؤلفات الدرسية التي ورد فيها ذكر هذا الشكل ووصفه الدقيق .

والنموذج هنا برداثيوز مزمنون تنتابهم من وقت لآخر بعض الهجمات الحمية . تبدأ النوبة بهجمة واضحة شديدة وحمى تبلغ الـ ٤٠° مع آلام سيسائية او طعنة سفود (coup de barre) وضجر وحصر في الزور (thorax) وترافق صعود الحمى اقياء كراثية مكررة وآلام معدية . ويظهر اليرقان ويعمّ في بضع ساعات ويفقع لونه . ثم يبول المريض بيلة مؤلمة ويدفع كمية قليلة من بول عكر خمري او بلون القهوة وتستمر الحمى في الايام التاليـة متقطعة او متموجة او بلا اقل نظام . وينضم النزاق الى الاقياء الصفراوية ويغدو عـدم تحمل المعدة مطلقـاً . ثم يخف الاصفرار بعـد ذلك بينما تضخم الكبد وتؤلم . وتتكرر البيلات وتظهر نزوف مختلفة . ولا يبدي فحص رسوب البول سوى بعض الكريات الحمر المتبدلة بينما البول نفسه يحوي عناصر كريويـة (stroma globulaire) وافرة : كثير من خضاب الدم الى جانب قليل من صفراء البول وبعض الاصبغة الصفراوية . اما الدم فخضب (hémoglobinhémie) في البـدء ثم يصفر (cholémie) سريعاً ، تنقص المقاومة الكريوية في بدء النوبة ثم لا تلبث ان تزداد . وتغيب الحيوانات الدموية من التيار الدموي منذ الساعة الاولى وتكون في الغالب من النوع الخبيث .

وقد تكون النوبة صاعقة : يصفر المريض بسرعة في اربع وعشرين

ساعة ويبول بيلة خضابينية واحدة ثم يقضي بعد سبات وجيز والغالب ان يحدث الموت في بضعة ايام إما بانقطاع البول وتراكم الآزوت في الدم واما بفقر الدم المترقي او بنزوف غزيرة .

* * *

لقد كملت باقتنا الآن وبقي علينا ربطها . فالعناصر التي تتألف منها ليست متناقضة الا بالمظهر ويمكننا جمعها بسهولة حزمةً متجانسة يرتبط بعضها بالبعض الآخر برباط متين وثيق هو الغريزة المرضية المشتركة . فمنشأ اليرقانات البردائية جميعها واحد : تحتل الحيوانات الدموية الكريات الحمر فتخربها ثم تنبثق او تنحل بتأثير المفرغات او المفرزات السامة ولا تلبث ان تزول من الدوران بعد مدة مختلفة الطول . ويتنوع اليرقان هنا بحسب شدة الاصابة وبحسب نوع الطفيلي المهاجم خبيث هو أم سليم . فاذا كانت الاصابة خفيفة والطفيلي سليماً لدى انبثاق الكريات تحرر الحيوانات ويتحرر معها قليل من خضاب الدم تضبطه الكبد وتحوله الى اصبغة صفراوية لا تظهر في الدم الجاري . . . هذا هو دور البرداء الخالي من اليرقان (période anictérique)

واذا كانت الاصابة اشد والحيوان الدموي من النوع الخبيث ضعفت الكريات الحمر بنسبة كبيرة وظهرت في المصل حالاَّت الدم واستفحل خطر فقر الدم لازدياد الخسارة في الكريات ومع هذا فاذا تمكنت الكبد من ضبط خضاب الدم المتحرر ومن اختزان الاصبغة الحديثة الناجمة عن تحوله فان اليرقان لا يظهر . اما اذا طرأ فجأة ما ادى الى تحرير كمية كبيرة

من خضاب الدم دفعة واحدة ولم تتمكن الكبد من ضبطها فان خضاب الدم الزائد يمر الى هيولى الخلايا حيث يتبدل بعض التبدل ويبقى حتى تعود الغدة الصفراوية المجهدة فتحوله الى ياقوت صفراء . وينتج من ذلك صباغ اصفر يصبغ الجلد والأغشية المخاطية بصورة خفيفة فيحدث يرقان لا يثبت شيء وجوده في البول وهو اليرقان الدموي المنشإ بلا بيلة صفراوية . وقد يكون خضاب الدم المتحرر عظيم الكمية فيتراكم في خلايا النسج حتى يشبعها فيمر آنئذ بحكم الضرورة شيء من الصباغ الاصفر المتكون الى الكليتين حيث يتحول الى صفراء بول فيبدو اليرقان الدموي المنشإ مع بيلة صفراء البول بلا بيلة صفراوية (ict. acholurique urobilinurique) . وقد يحدث ايضاً ان تعجز الكبد عن تحويل كامل خضاب الدم المتحرر وان تكون خلايا الأنسجة من جهة ثانية مفعمة بالصباغ الاصفر حتى الاشباع فيتحتم والحالة هذه ان يمر خضاب الدم وصفراء البول معاً خلال مرشحة الكلية فيبدو اليرقان الدموي المنشإ مع بيلة خضابينية وبيلة صفراء بول . ومهما يكن فان خضاب الدم متى انصبت منه في الدم كمية غزيرة يبعث النشاط في الافراز الصفراوي الذي يزداد بالنسبة نفسها . فاذا كان فيض الافراز هذا عظيماً ظهرت الاعراض الصفراوية مع الاقياء والاسهالات الخاصة وبدت في البول الاصبغة والملاح الصفراوية وتكوّن هذه المرة اليرقان الكبدي المنشإ مع بيلة صفراوية وهو ينجم عن فرط نشاط الكبد .

وقد تتعب الكبد مع طول المدة من تحويل خضاب الدم الزائد ومن اختزان حديد الكريات فيهرب من الخلية الكبدية شيء من الصباغ لم يتم

تكوّنه في الانسجة ويبدو في البول بشكل صفراء البول الى جانب الاصبغة والملاح الصفراوية المعتادة فيغدو اليرقان يرقاناً بفرط الافراز مع بيلة صفراوية وصفراء بولية (ict. hypercholique cholurique et urobili-nurique) فصفراء البول هنا تدل على عضو مريض كما كان يعتقد هايم (Hayem) .

وفي حالات اخرى قد يكون عدد الكريات الحمر المصابة كبيراً وفقر الدم شديداً تقدر خسارة الكريات فيه بالملايين والاصبغة كثيرة ليس في وسع الكبد اختزانها فتمر الصفراء الى الدم والبراز والبول وينطرح قسم منها بالمعدة فيتكون اليرقان الصباغي بفرط الافراز مع بيلة صفراوية وهو يشاهد في الحميات الصفراوية المتموجة المسماة بالحميات المدارية (tropicales) والتي عاملها في الغالب حيوان من النوع الثلث الخبيث .

غير ان لكل اجهاد حداً ولكل مقاومة نهاية وتأذي الخلايا الصفراوية بسموم الحيوانات الدموية لا يلبث ان ينضم الى فرط عمل الكبد فتتدفق الصفراء من كل حدب محدثة حميات معدية صفراوية متقطعة او متموجة ويعم الانسمام ويشتد وتأخذ الهجمات الحرورية سيراً خبيثاً فتختل آنئذٍ وظائف خلية الكبد جميعها : وظيفة توليد السكر ووظيفة تعديل السموم ووظيفة تحويل حامض البول ولاسيما وظيفة افراز الصفراء اختلالاً متفاوت الشدة وتلقي الكبد في الدوران خليطاً من الاصبغة الصفراوية المعتادة ومن صفراء البول . وينضم الى اليرقان الوحيد الصباغ (orthopigmentaire) يرقان عديد الاصبغة (métapigmentaire) . وتتراكم البولة في الدم بينما

تمر الى البول الملاح والاصبغة الصفراوية وصفراء البول والنيلة والسكاتول والبولات والحماضات حتى السكر فيثبت قصور الكبد ويستفحل خطر البرقان او يبدو البرقان الخطر مع نزوف في الجلد والاغشية المخاطية .

واخيراً فان عدداً كبيراً من الكريات الحمر يغدو سريع العطب بتأثير عوامل غير معينة تمام التعيين يدخل في عدادها خبث الحيوان الدموي اكثر من عدده . ففي احد الايام ، كعاصفة تهب فجأة في سماء صافية ، ينحل هذا العدد بسرعة وتندفع موجة من الخضاب الى الدم تالية مدّ (flux) الحرارة الذي يتجاوز ٤٠° فتباغت الكبد حيث يتحول قسم منها الى صفراء ويغزو قسمها الاكبر المرشحة الكلوية . وفي الوقت نفسه تفيض الصفراء فتبدو الحمى الصفراوية بأقيائها الكراثية واسهالها الاخضر واصفرارها الذي يزداد من ساعة الى ساعة ثم لا تلبث ان تعجز الكليتان بينما يزداد المستوى البولي في الدم . ويزداد فقر الدم الخطر ثم تتبع ذلك نزوف غزيرة تفضي الى موت المريض بالسبات السريع . . . . لقد هدأت العاصفة : عاصفة الحمى الصفراوية ذات البيلة الخضابينية وتركت بعدها الهدوء العميق والراحة الابدية . . . .

* * *

لنفكر الآن في الوقائع المتتالية التي سردنا وصفها . ان الدور الدموي للبرقان البردائي البدئي دور آلي تقريباً اذ تجري وقائع الفصل الرئيس من فاجعة البرداء في الاوعية حيث تتصارع الحيوانات الدموية وجهاً لوجه مع الكريات الحمر التي تنبثق تحت ضغط هذه الحيوانات فيحدث تخريبها

يرقاناً خاصاً هو اليرقان بخراب الكريات (ict.érythrophtorique)وتبدي الكريات الحمر السالمة الباقية مقاومة كافية بل مزدادة احياناً نحو المحاليل المليحة هذا اذا لم يؤذها انسمام شديد ومديد . وقد يكون عدد الكريات المخربة عظيماً جداً لان الهجمة الحمية الواحدة تخفض نسبة الكريات في الدم ٥ - ١٠ ./. فينقص مجموعها نحو نصف مليون كرية في الملم٣ . نعم ان للكينين ولمخ العظام تأثيراً عظيماً في تحديد الخسارة الا ان نقص المداواة وتكرر الهجمات تسرعانها وتزيدانها ضغثاً على إبّالة . وفي هذه الحالة تضطر الكبد الى التوسط فيتحول اليرقان الدموي المنشإ يرقاناً بفرط عمل الكبد او ، اذا طفت الاصبغة الصفراوية المتكونة من خضاب الدم ، يرقاناً بفرط افراز الصفراء كما يحدث في الاشكال الصفراوية المتقطعة او المتموجة مع انسمام دم صفراوي (ictéricie) واصطباغ زائد(pleiochromie) وبيلة صفراء وتكون الحمى على اشدها في الحمى الصفراء ذات البيلة الخضابينية على الرغم من فقد كل اثر للطفيلي في اثناء النوبة لان الطفيليات تختفي حقيقة منذ ابتداء نوبة البيلة الخضابينية كأنها بعد ان خرجت خروج الظافر عادت فارتدت على اعقابها الى الطحال ومخ العظام مستندة الى قوتها الاحتياطية هناك ويكون كل طفيلي قد خرب في هذه الاثناء كرية دموية واحدة ولا يمكننا هذا من تعليل فقر الدم السريع والمترقي بآلية التطفل فقط سيما وان عدد الكريات الدموية يهبط هبوطاً قوياً حتى يصل الى ٦٠٠٠٠٠ كرية فقط في الملم٣ في بضع ساعات . ويحملنا نقص كمية خضاب الدم في البرداء ٢٠ — ٥٠ ./. واحتواء البول في الحمى الصفراء ذات البيلة الخضابينية

على كمية كبيرة من العناصر الكريوية على الاعتقاد بان هنالك عدداً كبيراً من الكريات السالمة ايضاً قد فقدت كامل مادتها الملونة او قسماً منها.

*

* *

يستنتج من ذلك ان الكبد والكرية الحمراء والطفيلي تمثل وحدها مشاهد الفاجعة . بل ينضم الى التخريب الآلي فعل عامل مجهول في الكريات استعداداً للعطب اذا كان الانسمام بطيئاً وخفيفاً او يعطبها اذا كان الانسمام مفاجئاً وعميقاً . ولكن الدم لا يحوي حالات في الحمى الصفراوية ذات البيلة الخضابينية فما عسى ان يكون هذا العامل ؟

نرانا مرة ثانية في مفترق الطرق نفسه الذي أوصلنا اليه درس الكهبات الضمورية . . . .

* *

*

يجب علينا الاعتراف هنا بوجود سموم بردائية . . . . ونعلم ان لأحد هذه السموم خاصة مصلبة لأعضاد الاوردة المستبطنة للكبد وان السموم الاخرى لا تؤثر في الكريات الحمر فقط فتعدها للعطب وتسهل حلها بل تؤثر ايضاً في خلية الكبد اذ ان الصفراء تفيض في بعض اليرقانات البردائية فيضاناً لا يستطاع تعليله بخراب الكريات الحمر الآلي فقط. وقصور الكبد الذي تتصف به اليرقانات الخطرة لا ينتج فقط عن تعب هذه الغدة واجهادها في تحويل خضاب الدم المتحرر بكثرة بل ينتج في الغالب عن انسمام خلية الكبد الشديد نفسها . فالانسمام البطيء يؤدي الى اليرقان مع بيلة صفراوية وقصور الكبد .

ما هي اذاً طبيعة السموم البردائية ؟ لقد طرح هذا السؤال كثير من المؤلفين قبلنا وحاولوا الاجابة عنه. يعتقد اسطفانو كريستوفر (Stéphens et Christofers) ان سماً حالاً للدم يتحرر بتأثير الكينين . ويدعي بلازي (Blasi) انه وجد في مصل دم البردائيين حالاّت دموية تحل كريات الدم نفسه لكن أرمان داليل وباسو ولومار (Armand Delille ,Paisseau et Lemaire) لم يتمكنوا ابداً من عزل حالات دموية داخلية كانت ام خارجية حتى في الحمى الصفراوية ذات البيلة الخضابينية حيث انحلال الدم الشامل على اشد ما يمكن من السرعة وحيث اتهمت الكينا نفسها بحل الدم. أيكون هنالك سم منتشر كما يعتقد ماركيافافاو تشيرميكوف (Marchiafava et Tchermikow) ؟ يوضح هذا الاعتقاد ما رآه هذان المؤلفان من اصابة نسج الخلايا العصبية في اشكال البرداء الدماغية هذه الاصابة التي لا يقوى على احداثها سوى سم متسلسل . ونرى من جهة ثانية ان هناك فرقاً غريباً بين ارتفاعات الحرارة البردائية وبين انبثاق الجسيمات الوردية افلا يمكن كما يعتقد لادانتاك (Le Dantec) ان يتحرر في اثناء هذا الانبثاق سم رافع للحرارة ؟ وعدا ذلك فقد رأينا ايضاً في مشاهدات خاصة لنا عن اليرقان المبكر حادثة بيلة دم وحدة وحادثة فرفرية وحدة إيضاً بلا حمى صفراوية مطلقاً . فهل لسم البرداء ان يؤثر في العروق الشعرية فيبدلها حتى تنبثق؟ ان فرضية سم يفسد مقاومة الكريات الحمر ومتانة اعضاد العروق الشعرية ممكن وجميل كيف لا وهذان العنصران ينشآن من ارومة مضغية واحدة . واخيراً هل يعقل أن نعزو الى التطفل وحده بعض التظاهرات الموضعية التي تدخل في

عدادا اختلاطات البرداء كالتهاب الابهر والتهاب الاعصاب العديدة والامراض النفسية ؟ فاذا ما خابت تجارب شلّي (Celli) في كشف السموم البردائية واذا لم تثبت حقيقة هذه السموم حتى الآن فان البرداء تذكرنا بها في كل لحظة وغريزة البرقانات المرضية تنادي بها في كل آن .

* *
*

فيكون درس البرقانات في البردائيين قد مكننا كما قات لكم في البدء من القاء نظرة عامة على مسألة البرقانات العويصة المظهر . فلقد فهمنا بسهولة بفضل الامثلة الحية تكوّن البرقان الدموي الناتج اما عن تخرب الكريات الحمر الآلي واما عن عطب هذه الكريات السمي او في النادر عن انحلالها بحالة دموية ذاتية . ورأينا ايضاً كيف ينتقل منشأ البرقان بالتدريج من الدم الى الكبد ولمسنا آلية فرط عمل الكبد وفرط افراز الصفراء الذي قد يؤدي الى وهن الغدة الصفراوية . وقد تأكدنا مما اثبتته لنا الكهبة الضمورية امكان اصابة الخلية الصفراوية عن بعد بتأثير محصولات الحيوان الدموي المؤذية واضطررنا للمرة الثانية – ولن تكون المرة الاخيرة – الى التسليم بحقيقة الذيفانات البردائية .

❀❀❀

وجوب الاعتناء بالجلد

ترجمها الدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلين، نيويورك)

ان الجلد الصحيح دليل على صحة الجسم ، ووصولاً الى ذلك لا بدّ من بذل بعض الجهود . ومتى تمّ يُستدل من النظر الى جلد الوجه ان اجهزة البدن قائمة بوظائفها الخاصة . بل ان الجلد المغطي للجسم جميعه يدل ايضاً هذه الدلالة . كثيراً ما نسمع اطرآء حالة الجلد المغطي للوجه ، ونستنتج من ذلك ان الشخص يتمتع بالصحة لان لون وجهه (او وجهها) جيد ، بيد ان الجلد المغطي للبدن ندَر ان يذكر عنه شيء تابع للصحة ، مع ان حالته السليمة لا تبدو ابداً للعيان عندما يكون المرض قد اضرّ بالصحة .

ولكي يتمتع الجلد بكامل صحته يجب ان يكون حائزاً على ثلاثة شروط رئيسة وهي : اللون ، واللمعان ، والبضاضة (او النعومة) . فاللون يجب ان يكون وردياً الى البياض. واللمعان ان يكون الجلد شفَافا ولينا تترقرق فيه مياه الحياة . والبضاضة (او النعومة) ان يكون سطحه ملساً كالقطيفة وناعم الملمس .

فمتى حاز الجلد هذه الصفات عُدّ جلداً صحياً . ولكن عند ما تكون الاعضاء الداخلية مريضة تتغير وظائف الجلد ومظهره تغيراً بيّناً ، ولا يعود الجلد الى لينه ونقاء لونه وصحته الا عند ما تعود صحة الجسم عموماً الى محورها السّوي (النظاميّ) .

وعلى الرغم من اطراء البعض لخصائص الحديد والزرنيخ وغيرهما من العقاقير، وعدهم لها مصلحة للجلد ومعيدة اليه صحته، لا يبرحن عن البال ان الحمية الشأن الاول في هذا الصدد : فالمواد المُسمنة يجب ان تُستثنى من الطعام اذا كان الشخص زائد الوزن، كما انه يجب ترتيب جراية غنية بالنشويات والسكاكر، وكافية التغذية لنحفاء البدن. ومتى بدت المدة (حب الصبا)، وطفح الغُدد الدهنية الدالاّن على ازدياد افراز الجلد الدهني، يجب تليين الباطنة بمسهل لطيف اتقاء لحصول انسمام باطني كثيراً ما يسبب اندفاعات ونفاطات جلدية. ويُوصى بالامتناع عن كل الاطعمة النيئة وغير الناضجة، ويُسمح فقط بالمطبوخة والمخبوزة.

وخلافاً للاراء السائدة اليوم، لا بأس من السماح بالادهان في الجراية على ان لا يتجاوز مقدارها ما يستطيع المريض هضمه وتمثيله.

واذا ضربنا صفحاً عن تشويشات الاعضاء الداخلية والحالات المرضية المستعصية التي تؤثر في الجلد اجمالاً، وهذا لا ريب فيه ابداً، كان علينا ان نبين ضرورة الاعتناء بالجلد في حال الصحة لكي تبقى له نعومته ولونه الصحي.

ان قضية الصابون التي تستعمل في الحمام اليومي هي قضية حيوية جداً فلا يجوز ابداً عدم تقدير فعلها اللطيف المليّن. فاحسن صابون للتنظيف ما كان معتدلاً (اي ما كان القلي فيه قليلاً) وغير مخرش للجلد. لا نكير ان الصابون الكثير القلوية شديد التنظيف بيد انه بعد ان يستعمل مدة من الزمن يظهر تأثيره المؤذي في الجلد السليم وعوضاً عن ان يبقى الجلد ناعماً

ولیناً ومحتفظاً بلمعانه وملاسته الطبيعيين ، يصبح خشناً وجافاً ، وخشونته هذه تجر الى ظهور نفاط واندفاعات تكون وخيمة العواقب .

اما التصوّر الشائع – وهو لسوء الحظ تصور مغلوط فيه– القائل بان الصابون اجمالاً مخرش للجلد اذا ما استعمل يومياً فهو ناتج عن عدم تحكيم الرويّة في انتقاء الصابون .

معلوم ان اصحاب معامل الصابون يميلون الى اطراء محضراتهم وما تتصف به من سرعة التنظيف. وهذا الاغراء يجوز بسهولة على جمهور العامة السذّج. فعلى كل شخص يرغب في حفظ جلده صحيحاً ان يجتنب مثل هذه الصوابين ضارباً بالاعلانات عنها وبالشهادات الكثيرة عرض الحائط . ولو ان استعمال الصوابين الملينة اللطيفة – اي الغنية بالمواد الدهنية ، والفقيرة بالقلي كان شائعاً لكانت قلت حوادث امراض الجلد عند الاخصائيين . فقد يتفق ان الشخص الذي تضرّر من استعمال صابون كثير القلوية ، يسود عليه الوهم الباطل بان جميع انواع الصوابين مؤذية للجلد ، وبديهي ان الوهم متى ساد يصبح عسر الاقتلاع من اذهان البسطآء

بيد ان الصوابين الجيدة لا غنى عنها للتنظيف وديمومة النظافة والانشراح . ويُستدل على جودة الصابون بسرعة ارغائه الدال على وجود الادهان الحسنة في تركيبه ، وعدم تجفيفه الجلد مما يدل على قلة القلي فيه . فمثل هذه الصوابين يجب استعمالها يومياً وبسخآء ، اذ لا شيء يفضي الى جلد حسن المظهر مثل الاكثار من استعمال صابون حسن التركيب ، والاكثار من استعمال المآء .

اعط خبزك للخباز ولو سرق نصفه

للدكتور كامل سليمان الخوري . (بروكلين — نيويورك)

ان الامثال في جميع اللغات قد نطق بها كبار المفكرين بناء على اختبارات متكررة أيدتها التجارب ، وعززتها مراقبات أولي الملاحظة الذين بما أوتوه من الحصافة والدقة في درس امور الحياة، باتوا ابناء بجدة المصلحة ، وصاروا يعرفون كيف تؤكل الكتف ، وكيف ينتقون التشبيهات التي تجري مجرى الامثال، وتكشف الغوامض والافكار بالفاظ قليلة لكنها واسعة المعنى ، عميقة المغزى ، تدخل الافهام حالاً .

. . . .

فالمثل المأثور الذي اتخذناه عنواناً لمقالنا الآتي نراه كافياً وافياً لاطلاع القارىء اللبيب على ما نقصد اليه من كلامنا التالي :

في اثناء ممارستنا الطب سنين عديدة تحققنا ما ينشأ عن استعمال العلاجات في غير محلها او بدون استشارة طبيب قانوني .

. . . .

امر مشهور عند معظم العامة، والبعض من الخاصة ، وبالاخص الشرقيين ان الانسان لدى اقل انحراف في صحته يأخذ مسهلاً . وقد ثبت لنا ان كثيرين لا يستدعون الطبيب الا بعد سير العلة او الوعكة سيراً سريعاً ورديئاً ، واذ ذاك يلجأون الى استشارة الطبيب ، وحين قدوم هذا الاخير

يقال له فوراً انّ العليل قد تجرّع المسهلات اللازمة . فكأنّ القصد من هذا البيان ان يعرف الطبيب – بمعنى مبطّن ومستتر – انه اذا كان عندك غير وسائل فصفها والاّ فلا . . . .

. . . .

أجل لا نكير ان بدء المعالجة بالمسهلات لا غنى عنه في نشأة كل وعكة تقريباً مهما كانت خفيفة ، لان هذا الصنف من العلاجات كلّي الفائدة لغسل المعدة مما يكسوها من المواد المخاطية ، ولتنظيف المعى من مواد الفرث المتراكمة فيه . تلك خطة قرينة الصواب ، اذ ان تسعة او ثمانية اعشار المرضى يحتاجون الى المسهلات ولو استشاروا الطبيب بادىء بدء . انما نقطة الاختلاف تقوم في نوع المسهل ، وكميته ، وطريقة شربه ، اذ انه يتفق ان هذا الشكل يأتلف مع معدة هذا الشخص بيد ان معدة الآخر لا تحمله بل تعافه وتتقزّز منه كما انه قد يكفي زيداً عشرة غرامات من كبريتات الصودا ، بيد ان عمرواً يلزمه ثلاثون غراماً ، الى آخر ما هنالك من الفروق الناشئة عن الاستعداد الخلقي ، والعادة ، والبنية ، والسن ، والمزاج الخ . . .

. . . .

كنت عرفت سيّدةً تجرعت ما يزيد على المائة غرام من زيت الخروع وهي حبلى في شهرها الثامن ، فاجهضت وكادت تبيع حياتها رخيصة لو لم تتداركها عناية الهية فائقة .

وهنالك كثير من الامهات يجرعن الطفل الرضيع ملعقتين كبيرتين من

زيت الخروع اي نحو ثلاثين غراماً ، مع ان هاته الجرعة المجسّمة تكفي رجلاً بديناً ، وسدسها او سبعها يكفي الرضيع .

وكم وكم كنت اتمرمر في اثناء ممارستي الطب في سورية ولبنان عندما كنت استفهم من والدة الطفل كم كانت جرعة الزيت التي جرّعتها ابنها . فكان جوابها لي : قد جرعته من الزيت ما قيمته متاليك واحد او متاليكين (١). وقد قلت يوماً لاحدى المعجبات بمدار كهنّ اذ قالت لي مثل هذا القول : وهل يا سيدتي لو اعطاك السمّان خمسين درهماً بالمتاليك الواحد ، لكنت جرعتها ولدك بدون ما تمييز في الجرعة؟ فخجلت اذ شعرت بخطإها وادركت غلطها . هذا وقد دلتني اختباراتي ان الجرعة من العلاجات -- وبالاخص المسهلات — يقل فعلها احياناً بنسبة كبر كميتها ، حتى ان بعض العلاجات قد تخسر مزيتها بتكبير الجرعة ، وقد تنقلب احياناً سماً وذلك بتراكم جوهرها الفعال في البدن .

فلو اخذت ايها القارىء خمسة عشر درهماً من الملح الانكليزي اي كبريتات المانيزيا جرعة واحدة ، في حين ان الآخر اخذ منه سبعة دراهم مجزأة ومكررة بدفع متتابعة ، لاستطلقت باطنته قبلك وشعر براحة لم تنلها انت ، والافيد من كل ذلك ان امعاءه تكون تنقت من غير ضرر ، مع انك انت تكون عرضت بطانة اجوافك الداخلية لتنظيف عنيف اشد مما هو

(١) المتاليك : عملة عثمانية قديمة كانت تعادل تقريباً سنتاً واحداً اميركياً ، وزيت الخروع وبعض العلاجات كانت تباع عند البقالين كأنها من المواد التي يجوز لكل احد الاتجار بها في ذلك الوقت وكانت توزن في الميزان الاعتيادي كالبطاطا والاثمار .

لازم ، وذلك قد يؤثر تأثيراً سيئاً في كيانها ، مما لا مجال للبحث فيه مطولاً في هاته العجالة الآن .

ومن انكى الامور ان الشخص الواحد لو وصفنا له ترتيباً علاجياً واستفاد منه طفق يستعمله في كل نادٍ واجتماع ، ونفح به كل من عرف فيه مرضاً يشابه مرضه، والمُثُل في هذه الاحوال توضح اكثر من كل شيء: كنت وصفت مرة لشخص يعروه ألم في معدته ناشيء عن زيادة افرازها الحامض ترتيباً قلويا ، وقد نال فائدة كبرى من استعماله ، فصار حضرته بدوره يوزعه على كل شخص من معارفه يشكو ألماً في معدته او امعائه او كبده . وكثيرون يعطون نسخة الوصفة التي اعطيناها لتسكين السعال الخصوصي لكل شخص يسعل او يشكو ضيقاً في صدره ، ولا يكتفون بذلك فقط بل تراهم يحولون فكره عن استشارة الطبيب القانوني الممارس

واذكر انني كنت اعالج شخصاً مصاباً بقروح القرنية وكنت استعمل له القطرات المسكنة للألم ، فيوماً ما أتاني كجاري عادته في الصباح ، بيد انه كان يتلمس الجدران مصطحباً معه احد اصحابه . ولما استوضحته الامر قال لي بان جاره العطوف نفحه بقطرة طالما كان استفاد منها هو وآل بيته فحكمت فوراً ان في القطرة المذكورة مادة معدنية وقد رسب شيء من هذه المادة في القروح الموجودة في قرنيته وأثارت فيها آلاماً شديدة ، ولم يسترح المسكين من وعكته هذه الا بعد معالجته شهوراً ، وبتكرار الاستقصاء فهمت ان جاره كان اصطلح على تركيب تلك القطرة درهم كبريتات التوتيا في اربعين درهما من الماء اي عبارة من عيار شديد جداً

لحالة القرنية المتقرحة . . . .

وأغرب من كل ذلك ان بعضاً ممن يدعون المعرفة يذهبون الى ان السر بالعلاج كيفما صار استعماله ، حتى انني عرفت كثيرين في سورية كانوا يبتاعون قلماً من كبريتات النحاس ويمسّون به جفون ذويهم ، وقد فاتهم ان في ذلك خطراً عظيما على حياة العين .

وبهذه المناسبة اتذكر انني كنت اعالج امرأة لرمد حُبيبي مزمن بكيّ باطن جفنيها بقلم كبريتات النحاس بعد تخدير عينيها بالكوكائين . وقد كان عندي في محل عيادتي خادم من طبعه تقليد كل شيء كالسعدان . فيوماً ما اتت تلك المرأة المذكورة وحالة عينيها بالويل والثبور ، فانكرتُ عليها ذلك وقلت لها : يا هذه ماذا جرى بعينيك وقد كانتا اول البارحة على طريق الشفاء ؟ فاجابتني بانها حضرت البارحة مساء الى محل عيادتي ، واذ استبطأت مجيئي كلفَت خادمي بحك جفنها بالقلم النحاسي ، فيظهر انه اخذ القلم وفتح كل عين وطفق ينخزها نخزات متوالية في القرنية ، فحصل لها ما حصل من التهيج الشديد ! . . . .

تُرى فاي الاثنين أجهل ؟ المرأة ام الخادم البليد ؟ . . لا جرمَ ان الحق الاكبر يقع على تلك الجاهلة التي استسلمت لمن هو أبلد منها بدرجات .

. . . .

في سورية ولبنان كنا نرى كثيرين من الجهال — مغاربة ووطنيين — يتخذون بيع ملبس الدود صناعة يتعاشون منها . فتراهم في الاسواق والساحات العمومية ينادون على بضاعتهم بدون خوف ولا استحياء .فتشتري

الام لبنيها مقداراً من هذا الملبس وتناولهم منه بدون عيار ولا قاعدة . فقد يتفق احياناً وجود مقدار كبير من الملاح متراً كما في قطعة واحدة وذلك ما يسبب اضراراً كثيرة لمتناوله اقلها زحير والتهاب في المثانة والكليتين ، وقد وقع تحت مشاهدتي كثير من هذه الحوادث .

....

قلنا : افليس غريبا ان يُرغَب عن استشارة الطبيب القانوني العارف بتأثير الملاحات في كل جزء من الجسم ويعتمد على متطبب دعيّ جاهل لا يفرق الكوع من البوع ؟

أجل ان ذلك لغريب عجيب ، ولكن الأغرب من ذلك ان ترى اولياء الامر يرون ويسمعون اولئك الباعة الجَهلة ينادون بملء اشداقهم في بيع العقاقير ويغضون الطرف اما تهاوناً بوظيفتهم او شفقة علي ذياك البائع من قطع رزقه ولا نكير ان كلا الامرين لا يبررهما وجدان سليم ولا عقل راجح . وأعجب من كل ذلك اننا كنا نرى الحكومة في حمص تشدد النكير على كل طبيب قانوني وتوجب عليه اما ان يعدل عن التطبيب او ان يستخدم في محل عيادته صيدلياً قانونياً على حسابه لصرف الوصفات للمرضى ، مع انه لم تكن في ذلك الوقت صيدليات قانونية عامة في حمص وفي كثير من المدن كحماه وخلافها.

....

فليت شعري اما كان الأحرى بالحكومة السير علي موجب القانون

الطبيعي المعقول الذي يسنّه العقل الراجح ، وتشرع اولاً بمنع الجهلة المتاجرين بارواح العباد ، ثم تعود تلتفت بعد ذلك الى حمل الاطباء على الاعتماد على صيادلة قانونيين في تركيب الوصفات ؟

فلماذا اذاً كانت تخالف الناموس الطبيعي المنطقي ؟ وما اشبهها بعملها هذا بمن يفتكر بسقف البناء وبتبليطه قبل اشادة الجدران ! . . . .

ولا يخطرنّ على بال القارىء العزيز ان مثل هذا الشذوذ لا يحصل في البلاد الراقية ، كلاّ بل قد يُشاهد هنا احياناً اكثر واعظم مما كان يشاهد في سورية والصين من ضروب الجهل والشعوذة فاننا نعرف دجّالاً حمصياً يداوي كل مريض يستشيره بالتبخير بالزئبق ، وقد لبث يتمادى في غيه وضلاله في مدينة « وست » ما يربو على خمس وعشرين سنة ، وقد قتل نفوساً عديدة وشوّه اجسام الكثيرين ، وسلب اموالاً طائلة من البسطاء والسذّج ، وقد سُجن عدة مرار وهو لا ينفك حتى الساعة دائباً في خطته الدنيئة هذه من التدجيل والخداع ، ومنذ مدة قصيرة أمات شخصاً بجهله ، وقد ثبت جلياً للفاحص الرسمي الحصيف ان العلاج الزئبقي كان سبب الوفاة ، واذ علم دجالنا المحتال بهذا الامر فرّ من هاتيك الولاية ، وطفق يطوف من بلدة الى أخرى ينشر خزعبلاته ، ونصب شباك دجله وأضاليله . ويظهر ان الولاية التي جرت فيها الحادثة اكتفت بان فارقها ذلك الدجال غير مأسوف عليه ، ذلك لان شرائع الولايات المتحدة كثيرة التمدد والانعطاف بحسب مشيئة طائفة المحامين ، ولا ريب ان ذلك يشجع اللصوص والاشرار على التمادي بغواياتهم واطّراد اعمال الشر المغايرة لكل شريعة ومنطق . ولهذا الدجال سماسرة

عديدون منهم كهنة وقُسس ووعّاظ ومحامون لانه يغدق عليهم اموالاً قد ابتزها بسهولة على طريق النصب والخداع والاحتيال ، نقول : وكل هذا يجري ويحدث تحت سماء بلاد تعد من ارقى بلاد العالم حكومة وعلماً وعمراناً الهمنا الله الصبر الجميل . هذا ويطول بنا الشرح لو حاولنا التبسط كما نرغب في هذا الموضوع ، بيد اننا نجتزىء بما ذُكر عما لم يذكر ، ونختم مقالنا بحض القراء الكرام على الاعتماد على ابن المصلحة في كل امر يحتاجون اليه، اذ لا تمكن الاستعاضة بالنجار عن الساعاتي ، ولا الالتجاء الى الحائك لتفصيل الثياب ، بل على المرء ان يعطي خبزه للخباز وثوبه للخياط لان ابن الصناعة اخبر بها من سواه .

❀❀❀

الحيوينات في الكيمياء الحيوية

٥

للدكتور صلاح الدين مسعود الكواكبي

واما الوحدة الدولية فهي اصغر كثيراً من الوحدة الغريزية وهي كمية ثابتة من العيار الدولي ، هي وزن معين حددته لجنة مؤتمر لندن سنة ١٩٣١ موقتاً كما يلي :

١) الوحدة الدولية للحيوين C ، توافق فعالية ضد الحفر لـ ٠،١ سم٣ من العصارة الطازجة لليمون الاعتيادي (citrus limonum) المزالة ليمونيتها .

٢) وحدة الحيوين B1 توافق فعالية ضد العصاب لـ ١٠ ملغ من مادة الاستجذاب العيارية للحيوين B1 .

٣) وحدة الحيوين A توافق فعالية حيوية لـ ٠،٠٠٠١ من الملغ من الكاروتهن العياري .

٤) وحدة الحيوين D توافق فعالية ضد الخرع لـ ١ ملغ من المحلول العياري للأرغوستيرول المعروض للاشعاع اي ٠،٠٠٠١ من الملغ من الأرغوستيرول المشعّع المستعمل لتهيئة هذا المحلول .

اما الاغذية الاصطناعية المستعملة لعيار كل من هذه الحيوينات على الطريقة الحيوية فنذكرها فيما يلي :

١ – الحيوين ضد الحفر C

حيوان التجربة: السمورات (كهول او احداث) .

المرتب الغذائي المولد للحفر (وضع مدام راندوان) :

دقيق الفاصوليا البيضاء	٨٣,٥
خميرة الجعة الجافة	٣
دسم الزبد المصفى	٥,٥
كلور الصوديوم	١
لبنات الكلسيوم	٥
طعام غفل (ورق ترشيح)	٢

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين C :

تورم المفاصل ، هزال ، تزازن الأسنان ، نزوف وخيمة .

موت في نهاية الاسبوع الرابع .

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل .

المرتب الغذائي المولد للحفر مضافاً اليه ٢ — ٣ سم٣ من العصارة الطازجة لليمون لكل حيوان يومياً .

٢ – الحيوين ضد العصاب B1

حيوان التجربة : حمام (كهول) .

المرتب الغذائي المولد لالتهاب الاعصاب الكثيرة (وضع مدام راندوان وهنري سيمونه) :

جبنين مصفى	٦
ليفين مصفى	٥
آحين البيض المصفى	٥
دسم الزبدة المصفى	٤

نشوين (دكسترين) مصفى اشقر اللون	٦٦
مزيج ملحي (اسبورن ومندهل (*)	٤
طعام غفل { آغار آغار	٨
{ ورق ترشيح	٢

الأعراض الوصفية لفقدان الحيوين B1 :

اضطرابات عصبية : فلج خفيف ، فلج شديد ، انخفاض الحرارة المركزية .
موت في نهاية الاسبوع الثالث (بهذا المرتب الذي تطعم الحمام منه جبراً)

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب الغذائي المولد لالتهاب الاعصاب الكثيرة مضافاً اليه٠٫٠٠٧ غرام من محصول استجذاب الحيوين B1 (العيار الدولي) او ٠٫١٠ — ٠٫٢٠ غ من خلاصة الجمة لكل حيوان يومياً .

٣ – الحيوين المنبه للتغذي B2 ، والحيوين المنبه للخلية B3

حيوان التجربة : جرذان في حالة النماء .

المرتب الغذائي الخالي من الحيوين B2 والحيوين B3 (وضع مدام راندوان ولوكوك) :

جبنين مصفى	٦
ليفين مصفى	٦
آحين البيض (مصفى)	٦
دسم الزبدة (مصفى)	١٠
نشوين (دكسترين) مصفى	٦٨
مزيج ملحي (أسبورن ومندهل)	٤
طعام غفل	بحسب الارادة

(*) مر ذكر هذا المزيج وتركيبه في الفصل الثاني .

تراب القصارين الفعال (مستجذب الحيوين B ضد المصاب فقط لكل حيوان يومياً) ٠،٠٥٠

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين B2 والحيوين B3 :

قه ، وقف النمو ، عدم التغذي ، نقصان الوزن ، دنف .

موت في نهاية ٦ — ١٢ اسبوعاً (بحسب وزن الحيوانات في اول التجربة)

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب المذكور اعلاه مضافاً اليه ٠،٠١٠ — ٠،٠٢٠ غرام من خلاصة خميرة الجعة (عوضاً عن تراب القصارين الفعال) لكل حيوان يومياً .

وقد ايد دروموند وحسن (*) فائدة خميرة الجعة المعروضة بالبيئة القلوية لحرارة الصاد الموصد ، في تنشيط نمو الجرذ . ويستعمل لتكثير خلايا خميرة الجعة مستنبت ناجلي (Nagelli) الاصطناعي ويتألف من :

سكر اعتيادي (مصفى بالتبلير المكرر في الغول)	١٠	غرام
ازوتات النشادر	١	—
فصفات الكلسيوم	٠،٠٠٥	—
فصفات مضاعف البوتاسيوم	٠،٥٠	—
كبريتات المانيزا	٠،٢٥	—
ماء مقطر م . ك . لأجل	١٠٠	سم٣

٤ — الحيوين الذواب في الدسم الخاص بالنمو (A)

حيوان التجربة : جرذان في حالة النمو بوزن ٣٠ — ٤٠ غراماً .

المرتب الغذائي الخالي من الحيوين A (وضع مدام راندوان وسيمونه) :

(*) A.Hassan et J . C. Drummond.- Biochim. journ. 1927, 21,p.653 .

هضمون العضلات	١٧
خميرة الجمة الجافة	٣,٥
نشوين	٦٣/٥
زيت فستق العبيد (مغسول ومسخن على حرارة +١٢٠)	١٢
مزيج ملحي	٤

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين A :

وقف النمو في نهاية ٣٠ — ٥٠ يوماً ، نقصان الوزن ، دنف ، تصلب قرنية العين ، التهاب العين المقيح .

موت في نهاية ٦٠ — ١٠٠ يوم (بحسب اوزان الحيوانات في الأول)

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب المذكور اعلاه مضافاً اليه ٠,٠٠٤ من الملغ من السكاروتين النقي (العيار الدولي) او قطرة واحدة من زيت كبد الحوت .

٥ - الحيوين ضد الخرع D

حيوان التجربة : جرذان في حالة النمو (بوزن ٣٠ — ٤٠ غراماً) .

مرتب غذائي مولد للخرع (وضع مدام راندوان ولوكوك) :

هضمون العضل	١٧
مسحوق خميرة الجمة الجافة	٣
دسم الزبدة المصفى	٥
زيت الزيتون	٥
سكر اعتيادي	٦٥

مزيج ملحي خاص (٨٤ ٪*) ٤	٤
لبنات الـكلسيوم	١
طعام غفل (ورق ترشيح)	بحسب الارادة

مقدار الفصفور = ٠،١٣٤ مقدار الـكلسيوم = ٠،٤٦٦ نسبة الفصفور الى الـكلسيوم ٠،٢٨٧

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين D :

في نهاية ٩ — ١٠ ايام : تورم المفاصل ،نقصان وزن الهيكل العظمي (فقدان الـكلس العظمي) , تسطح القفص الصدري .

وفي التصوير الاشعاعي يشاهد : ١— توسع طبيعي في ناحية النمو الغضروفي واضح جداً خصوصاً في سطح المفصل الفخذي القصبي الركبي ٢- تأخر في نمو الفقرة الصمصية .

المرتب الغذائي الاصطناعي الـكامل :

المرتب الغذائي المولد للخرع مضافاً اليه ٠،٠٠٠٥ من الملغ من الأرغوستيرول المعروض للاشعاع ، محلولا في الزيت (العيار الدولي) وقطرة او قطرتان من زيت كبد الحوت .

٦ – الحيوين العامل في التناسل E :

حيوان التجربة : : ازواج من الجرذان الاحداث .

المرتب الغذائي الاصطناعي الحالي من الحيوين E (وضع أوانس وبور) :

(*) هذا المزيج الملحي يتألف من :

كلور البوتاسيوم	٠،٨٥٠	ليمونات الحديد	٠،١٠
فحمات الصوديوم	٠،٨٥٠	يود البوتاسيوم	٠،٠٠٠٢
فحمات المانيزيوم	٠،٢٨٦	كبريتات المنغنيز	٠،٠٠٠٧٨
لبنات الـكلسيوم	٢،٠٠٠	فلؤور الصوديوم	٠،٠٠٢٤٠
		$(SO^4)^2AlK$	٠،٠٠٠٢٤

جبنين مصفى	١٨
شحم خنزير	٢٢
نشا الحنطة	٥٤
مزيج ملحي رقم ١٨٥ (*)	٤
زيت كبد الحوت(ورق ترشيح)	بحسب الارادة
خميرة الجعة الجافة (لكل حيوان يومياً)	٠،٥٠ — ٠،٧٠ غرام

الاعراض الوصفية الخاصة بفقدان الحيوين E :

في الذكور (الموضوعة مع الاناث الولود) عقم لوقوف تكوّن الحيوانات المنوية..
في الاناث (الموضوعات مع الذكور المستعدة للتلقيح) عقم لاضطراب اغتذاء المشيمة ، وموت الأجنة وارتشافها .

المرتب الغذائي الاصطناعي الكامل :

المرتب المولد للعقم مضافاً اليه قطرتان من زيت الحنطة الناشطة لكل حيوان يومياً .

❀❀❀

(*) يتألف هذا المزيج الملحي مما يلي :

كلور الصوديوم	٠،١٧٣	فصفات مضاعف البوتاسيوم	٠،٩٥٤
كبريتات المانيزا اللامائية	٠،٢٦٦	فصفات الكلسيوم	٠،٥٤٠
فصفات وحيدالصوديوم (ذات		لبنات الكلسيوم	١،٣٠٠
ذرة ماء)	٠،٣٤٧	ليمونات الحديد	٠،١١٨

الفصل الرابع

في الاغذية التي لا تحتوي على الحيوين والاغذية التي تحتوي عليه

نذكر الاغذية الرئيسة التي لا تحتوي على الحيوينات البتة او تحتوي منه على مقدار ضئيل جداً لأن لمعرفة ذلك شأناً وفائدة من حيث التجارب الحيوينية اذ يمكن وضع مرتب غذائي طبيعي خالٍ من الحيوين اذا تعذر استعمال مرتب غذائي اصطناعي ، ومن حيث فن الصحة اذ يمكن اكمال ما ينقص الطعام اليومي من الحيوينات المطلوب ادخالها فيه لاتخاذ مرتب غذائي موافق للغرض .

١ — المواد التي لا تحتوي مطلقاً على شيء من الحيوين C
اي الحيوين ضد الحفر

نشا الحنطة ، نشا البطاطا
حبوب غير ناشطة
دقيق مصفى او غير مصفى
خميرة الجعة
خلاصة اللحم
بيض (آح وع)
دسم وزيوت نباتية وحيوانية

٢ – المواد التي لا تحتوي مطلقاً على الحيوين B او تحتوي منه على مقدار ضئيل اي الحيوين ضد التهاب العصب والعامل في التغذية وتنبيه الخلية

نشا الحنطة ، نشا البطاطا
دقيق الحنطة الابيض ، دقيق مصفى
خلاصة اللحم
آح البيض
دسم وزيوت نباتية وحيوانية

٣ – المواد التي لا تحتوي مطلقاً على شيء من الحيوين P اي ضد مرض الفاقة (بلاغر)

نشا الحنطة ، نشا البطاطا
حبوب الذرة المصرية
دسم وزيوت نباتية وحيوانية

٤ – المواد التي لا تحتوي على شيء مطلقاً من الحيوين A او تحتوي منه على مقدار ضئيل اي الحيوين العامل في النمو بالخاصة

نشا الحنطة ، نشا البطاطا
خميرة الجعة
خلاصة اللحم
شحم الخنزير وزيوت نباتية مصفاة

٥ – المواد التي لا تحتوي مطلقاً على الحيوين D او تحتوي منه على مقدار ضئيل اي الحيوين ضد الخرع

نشا الحنطة ، نشا البطاطا

اوراق نباتية ذابلة

نباتات غير معرّضة للشمس

عصير البرتقال ، عصير الليمون الخ

ملفوف ، جزر ، لفت الخ

خميرة الجعة

زيوت نباتية

٦ المواد التي لا تحتوي مطلقاً على الحيوين E اي الحيوين العامل في التناسل

نشا الحنطة ، نشا البطاطا

خميرة الجعة

شحم الخنزير

زيت كبد الحوت

اما الاغذية التي تحتوي على الحيوين فندرجها في الجداول الآتية :

١

المواد التي تحتوي على الحيوين الذواب في الماء C اي الحيوين ضد الحفر

الفلفل التمساوي (paprika)	الملفوف
الليمون	البندوره
البرتقال	الصدف (huitre)

البصل	الجزر الحديث
الخس	الفاصوليا الخضراء
اللفت السويدي (rutabaga)	الراوند
الحمص الطري (الاخضر)	البطاطا
الاسفاناخ	اللفت
القنبيط	التفاح
العنب	الجاريك
الموز	عصير اللحم النيء
الشوندر	اللبن (مصل اللبن)

٢

المواد التي تحتوي على الحيوين الذواب في الماء B اي الحيوين ضد العصاب والعامل في التغذية ونمو الخلية

خميرة الجعة الجافة	القنبيط
خميرة الجعة الطرية	البصل
نبت الحبوبات	الكستنا
العدس	الفطور
ح البيض	الكلى
الكبد	الفاصوليا الخضراء
النخاع	الحمص الاخضر واليابس
الملفوف	التفاح
الجزر	الهليون
الاس اناخ	الكرفس

الشوندر	اللوز
الحرشف (انكنار)	الجوز
البطاطا	الجاتريك
خبز تام	العنب
الفاصوليا	الموز
اللبن المكثف المحلى بالسكر	الخس
اللبن المجفف	اللفت
اللبن (مصل اللبن)	الفجل
خلاصة الشعير الناشط (مالت)	عصير اللحم النيء
الليمون	اللحم العضلي
البرتقال	النبيذ
الطماطم	الصدف (؟)

٣

المواد التي تحتوي على الحيوين P الذواب في الماء اي ضد مرض الفاقة

خميرة الجعة الجافة	عصير اللحم النيء
خميرة الجعة الطرية	كبد الخنزير
نبت الحنطة	سمك الصمون (Saumon)
مح البيض	خبز تام
لبن مكثف ذو سكر	عدس
لبن مجفف	فاصولياء
لبن (مصل اللبن)	جزر
لحم عضلي	نخاع

بطاطا	برتقال
ملفوف	تفاح
اسفاناخ	عنب
بصل	نبيذ
لفت	موز
لوز	طماطم
ليمون	

٤

المواد التي تحتوي على الحيوين A الذواب في الدسم ، اي العامل في النمو

زيت كبد الحوت	لبن مكثف ذو سكر
زبدة	جبنة دسمة
قشدة	لحم دسم (مدهن)
مح البيض	نبت الحبوبات
جزر	كبد
ملفوف	صدف
برتقال	طماطم
دسم البقر	اسفاناخ
زيت الاسماك	فطور
سمك الهارانغ	قنبيط
نخاع	خس
قلب	ليمون
كلى	خبز تام
لبن طازج (قشدة)	حمص اخضر

شوندر	لوز
حرشف (انكنار)	جوز
عدس	موز
فاصولياء	يقطين

٥

المواد التي تحتوي على الحيوين D الذواب في الدسم اي ضد الخرع

زيت كبد الحوت	زبدة الصيف (من لبن البقر التي ترعى الحشيش صيفاً)
سمك الهارانغ	زبدة جوز الهند
سمك الساردين	ح البيض
سمك الصمون	لبن الصيف (من لبن الابقار التي ترعى الحشيش صيفاً)
كبد الهادوك (Haddock)	صدف (؟)
كبد المرلو (merlu)	
كبد الدجاج	

٦

المواد التي تحتوي على الحيوين E الذواب في الدسم العامل في التناسل

نبت الحنطة	ق العبيد
نبت الذرة	زيت الزيتون
ورق الخس	زيت الجوز
بزر الخس	زبدة
عضل البقر	خبز تام (مع نبت الحبوبات)
كبد البقر	

(للبحث صلة).

كتب حديثة

علم الامراض الباطنة

الجزء الثالث

امراض جهاز التنفس

ان هذا الجزء كسابقيه الجزء الباحث في الامراض العصبية والجزء الباحث في الامراض الانتانية بمجلد ضخم يحتوي على ٩٧٠ صفحة وعلى ٨٥ شكلاً . ختمه مؤلفه بفهرسين احدهما للابحاث والآخر المواد التي وردت فيه لتسهل مراجعة ما يراد الرجوع اليه . وقد اثبت في آخر الكتاب ما جاء ذكره في المتن والذيل من المصطلحات العلمية بمعجمين احدهما من العربية الى الفرنسية والثاني من الفرنسية الى العربية .

لغة هذا الجزء . عربية صحيحة قريبة المأخذ سهلة الفهم

مصطلحاته : اقتبسها المؤلف من كتب اطباء العرب ومما وضعه بعض اساتيذ المعهد الطبي ومما اصطلحه المؤلف نفسه او عربه وقد اعتمد في انتقاء الكلمات على كتب اللغة كالمخصص واللسان وفقه اللغة وغير ذلك من كتب اللغة العربية وتوخى الالفاظ الدارجة الصحيحة التي لا يمجها السمع وعرّب الكلمات الفرنجية التي لم يجد لها ما يرادفها واعتمد في كثير من المواطن على الكلمات التي اقرها مجمع اللغة الملكي .

طبع الكتاب ومظهره : طبع الكتاب على ورق صقيل وقد اعتنى المؤلف في هذه الناحية شأنه في مادة الكتاب العلمية فاخرجه بحلة قشيبة .

مآخذه : استقى المؤلف ابحاثه من منابع شتى وقد اعتمد على احدث ما طبع من الكتب وما ذكر في الصحف سواء اكان ذلك في صدد الامراض ام المداواة واضاف الى ذلك اختباراته العديدة . وقد اردف كل باب من ابواب هذا الجزء بصفحة خاصة بالمصادر من عربية وافرنجية .

وفي الجملة ان محاسن هذا الكتاب كثيرة لسنا نستطيع في هذا التقريظ ذكر جميعها واذا كان لنا ما نقوله في هذا الصدد فهو ان تضاف الى محاسن الكتاب العديدة حسنة اخرى وهي ذكر كلمة موجزة عن تاريخ المرض والتوسع فيما قاله اطباء العرب مما يتناسب والآراء الحاضرة خاصة وان مؤلف الكتاب استاذ في المعهد الطبي العربي وعربي صميم يغار على هذه الناحية كما ان الكتاب مفصل وقد جرت العادة في الكتب المفصلة ان تذكر كلمة عن تاريخ المرض وعمن بحث عنه ونحن احوج ما يكون الى التذكير بثقافتنا العربية في كل سانحة

هذا وصفوة القول ان كتاب الاستاذ سبح درة نفيسة وجوهرة ثمينة في الخزانة العربية ترى في ابحاثه امانة النقل والاخلاص في العمل والاختبار الشخصي ويبدو لك كيف قلبته آثار قلم يغذيه عالم واسع العلم وثاب الى البحث والاختبار فعّال لما يقول وما الكتاب المذكور الا مرآة لما تحلى به مؤلفه من الصفات السامية وفقه الله واخذ بيده

شوكت موفق الشطي

كتاب السل

تأليف الدكتور بشير العظمه

هو كتاب نفيس يقع في ١٠٤ صفحات من القطع الصغير بحث فيه مؤلفه عن عدد ضحايا السل في سورية وعن خطر هذا الداء وبيّن ان عدد المقعدين العاجزين بسببه يزيد عن ٤٠,٠٠٠ شخص وان مناهضة المرض لا يجوز ان تقتصر على الاطباء بل ان يشترك فيها كل فرد من افراد الامة .

وقد ذكر فيه ان وسائل الطب الحاضرة المعدة لمكافحة الداء كفيلة بالشفاء وان الآراء الحديثة والطرق الجديدة في مداواة هذا المرض الوبيل مؤيدة لما ذكره اطباء العرب فقد وصف ابن سينا في الربع الاول من القرن الرابع الهجري مرض السل وقال عنه انه قرحة في الرئة وان كل قرحة تحتاج في شفائها الى السكون ،

وهذا ما سعى اليه علماء الغرب وما حققوه فقد جاء فورلانيني وبحث في هذا الداء فتبين له من اختباراته العديدة صحة رأي حكيم العرب فأوجد طريقة المعالجة بالريح الصدرية التي توفر للرئة بعض السكون فترتاح وتبدأ قروحها بالالتئام .

وقد كتب المؤلف كتابه بلغة صحيحة وباسلوب طلي يستطيع فهم ما جاء فيه كل مطالع وابتعد فيه عن الابحاث العلمية الخاصة التي يصعب فهمها على من لم يكن من ابناء ابقراط .

ولسنا نشك في ان هذا الكتاب الذي سيلاقي من الرواج ما يستحقه لما اشتمل عليه من ابحاث قيمة والذي اقبل الكثيرون على اقتنائه ومطالعته

بلهف سيكون خير مرشد لهم اذا ما اتبعوا النصائح الواردة فيه ومتى تم ذلك تحققت لزميلنا النشيط والسرري البارع رغبته في انتشار بعض اساليب الكفاح ضد المرض وكانت له اليد الطولى في انقاص عدد الاصابات به ورفع المستوى الصحي في البلاد ونشر الثقافة الصحية بين ابناء البلاد . واننا نقدم لزميلنا الناهض شكرنا على هديته الثمينة واخلص تهانينا على توفيقه بعمله آملين ان يكثر من امثاله بيننا والسلام .

شوكت موفق الشطي

❀ ❀ ❀

الجزء ٧ المجلد ١٢

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣٨ م . الموافق لذي القعدة سنة ١٣٥٦ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلثا ٩ تشرين الثاني سنة ٩٣٧

١ً — العليم ترابو ، تناذر ارب ووفرة مصادفته في عرب الشرق الادنى :

ان الداء الافرنجي الذي اشتهر عنه منذ ابحاث لاكابر انه مولع بالجلد في سكان شمالي افريقية هو في الوقت نفسه مولع بالجهاز العصبي والجلد معاً في عرب الشرق الادنى . اضف الى ذلك انه يظهر فيهم بتظاهرات نخاعية ولا سيما بمظهر تناذر ارب مؤذياً الجهاز الهرمي ومشابهاً باستقراره هذا داء الجلبان (latyrisme)

المناقشة : سوليه ، ترابو

٢ً — العليم اسعد الحكيم ، حوادث الشلل العام المشاهدة في مستشفى ابن سينا ان حوادث الشلل العام المشاهدة في مستشفى ابن سينا في سياق السنوات العشر الاخيرة (١٩٢٨ – ١٩٣٧) تعادل ٨ ./. من مجموع

المرضى الذين دخلوا ذلك المستشفى . ويظهر ان جميع المصابين بهذا الداء كانوا من الرجال ومن مدمني الكحول بيد ان النساء اللواتي لا يشربن الاشربة الروحية كن في حرز امين منه فان الكحول يعدُّ البيئة الملائمة للداء الافرنجي الدماغي . ولم تفد المعالجة بالبرداء في اولئك المرضى لانهم من البردائيين القدماء ولان في دمأهم بعض المناعة عليها .

المناقشة : ترابو ، سوليه، حكيم، مريدن

٣ً — العليم لاكومب، حادثة بري بري : هي حادثة بري بري نموذجية في احد الجنود متصفة بالوذمة وضعف المنعكسات في الطرفين السفليين ، وقد تحسنت تحسناً عظيماً بالحمية الموافقة ، والمدرات والحقن بالحيوين ب١ (بيفاتين)

المناقشة : ترابو ، لاكومب ، حكيم ، سوليه

٤ً — عبدالغني الحملجي ، الداء الافرنجي ونقل الدم : مريض مصاب بالداء الافرنجي عولج ببعض الحقن الدوائية ريثما زالت التفاعلات الحيوية موقتاً من دمه مع انه ظلّ بسبب نقص المعالجة عرضة لتظاهرات الداء الثانوية والثلاثية وقد استخدم كمعطٍ فنقل دمه لبعض المرضى ، فتحليل الدم واجب في المعطين ومعاينتهم السريرية ضرورية ايضاً كل ثلاثة اشهر والا نقل الداء الافرنجي مع الدم ولم يكن سبيل الى اتقاء هذه التلقحات به .

المناقشة : سوليه

م . خ .

١ ـــ تناذر آرب ووفرة مصادفته

في عرب الشرق الادنى

للعليم ترابو الاستاذ في المعهد الطبي العربي

ترجمة العليم ميشل داود

تعلمون يا سادة ان في عرب افريقية الشمالية بعض المناعة على استقرار الداء الافرنجي في المحور العصبي الدماغي . وقد وضع العالم لاكابار مؤلفاً ضخماً اثبت فيه صحة هذه الفكرة . . فعرب الجزائر وتونس ومراكش بحسب رأيه تبدو فيهم تظاهرات الافرنجي الجلدية والمخاطية حتى العظمية ايضاً ولا تبدو التظاهرات العصبية فيهم .

اما الحالة في الشرق الادنى فليست كذلك . فقد قيض لكل منكم مثلي ان يرى في عيادته الخاصة حوادث السهام (tabès) والشلل العام حتى ان زميلنا العليم اسعد الحكيم قد صادف ، على ما اظن ، في مستشفى ابن سينا اكثر من مرة تناذرات عصبية اخرى سببها الافرنجي . والموضوع الذي اعالجه الآن هو وفرة مصادفة تناذر ارب الافرنجي في سكان هذه الانحاء . ويحسن بي قبل الخوض في هذا البحث ان اذكر بايجاز ابرز الاعراض التي يتصف بها هذا التناذر — فهو شلل شقي سفلي نخاعي ذو منشأ افرنجي وتكامل ببطيء سبقه ام لم يسبقه دور متقدم متصف بالعرج المتقطع النخاعي ويعقب الشلل والتقفع اللذان يستقران معاً في الطرفين السفليين ويزدادان

ازدياداً تدريجياً هذا الدور البدئي .

يصاب المريض في بدء مرضه بتيبس في عضلات اطرافه وتزداد هذه اليبوسة حتى انها تمنع المريض عن رفع قدميه عن الارض بلا صعوبة وتصعب المشية التشنجية هذه اليبوسة فيكون المرض قد اتم سيره. وتزداد المنعكسات الوترية العظمية جميعها . اضف الى ذلك ظهور علامة بابنسكي والارتجاجات نظيرة الصرع .

اما الحس فسليم . ويضعف الانتعاظ او يزول؛ ولا أثر للضمور العضلي ويحتفظ الطرفان السفليان بشكلهما الطبيعي . والطرفان العلويان والعنق واعصاب القحف تبقى سالمة في الغالب ، ولا أثر لعلامة ارجيل روبرتسون وفي الجملة فان تناذر ارب شلل شقي سفلي تشنجي صرف . تستقر آفاته التشريحية في الحزم الحركية غير متجاوزة بامتدادها القطع العصبية الظهرية الاخيرة .

يشبه هذا المشهد السريري الذي جئنا على ذكر اعراضه اتم الشبه المشهد السريري الناشيء من الجلبان في سورية ، وقد تيسر لي ان درست مع الزميلين العليمين مرشد خاطر وشوكة الشطي عدة حوادث منه في ضواحي دمشق .

وحوادث تناذر آرب عديدة حتى انه لا تمر سنة الا ونصادف منه ثلاث مشاهدات او اربعاً وندرسها امام طلاب معهدنا الطبي .

ولقد صادفت حادثة منه في ابتداء هذه السنة في قاعة الامراض الباطنة التي لا تشتمل الا على عشرين سريراً فكثرة هذه الحوادث في مرضى

قاعة لا يتجاوز عدد اسرتها المشرين يبين لنا ان عدد الاشخاص الافرنجيين المصابين بتناذر ارب لا يستهان به وان الافرنجي العصبي في بلادنا كثير الحدوث فهو مرض مولع في الشرق الادنى بالجلد والاعصاب معاً واليكم امراً آخر يستحق الانتباه وهو ان الافرنجي هذا المرض العام الذي لا يكاد ينجو منه عضو او نسيج او جهاز يكون تارة فوضوياً اي لا يتبع نظاماً في استقراراته كما في الشكل التصلبي الضموري المفضي الى الشلل العام الذي يصيب الدماغ والسحايا معاً وطوراً نظامياً فيختط سيراً لا يتعداه كما في السهام حيث تنحصر آفاته في قرون النخاع الشوكي الخلفية او انه يؤذي في بعض الاحيان الحزم الهرمية وحدها دون غيرها. ولعل الامر الغريب الغامض فيه تحدد آفاته علواً وانحصارها في القطع العصبية الاخيرة من النخاع الظهري - فكل هذا وأيم الحق مدعاة الى التفكير ومسترع للانظار.

ويبدو تناذر ارب كما ذكرنا بالعرج المتقطع وهو عرض بدئي يتقدم اعراض الداء الاخرى ويظهر بالنسبة الى تسلسل الاعراض ان الآفة البدئية وعائية وان موات الحزم العصبية يعقب هذه الآفة. وليس الدوران في كل من الحزم العصبية مستقلاً كما لا يخفى بل مشتركاً. فينتج من هذا الاشتراك ان الاستحالة اذا كانت وعائية المنشإ لا تنحصر في الحزم الهرمية بل تتعداها الى غيرها من حزم النخاع ويبين لنا التشريح المجهري في تناذر آرب آفات تشبه كل الشبه ما يصادف في الالتهابات التصلبية المزمنة، التي تقضي قضاء تدريجياً وبطيئاً على العناصر الشريفة والالياف النبيلة فلا تستطيع الآفة الوعائية البدئية والحالة كما ذكرنا ايضاح إمراض (pathogénie) تناذر

ارب ولا بد من الالتجاء الى اسباب اخرى لتعليله وايضاحه .

فلا غرابة اذا ما عدت الى المقارنة بين تناذر آرب والانسمام الجلباني. فاذا كانت الآفة في داء الجلبان تنحصر في القسم السفلي للنخاع الظهري كما في تناذر آرب فهذا الاستقرار لا ينفرد به العربي وحده . والتعليل الذي يستند اليه في تعليل استقرار الداء الجلباني يستند اليه ايضاً في تعليل استقرار الذيفان الافرنجي . ولقد اثارت في الماضي مسألة وقوف الآفات في الانسمام الجلباني عند حدٍ من النخاع الشوكي لا تتعداه مجادلات طويلة ونظريات عديدة .

اما اليوم فالتتبعات الحديثة اوضحت بعض الايضاح قضيــة استقرار السموم وانتخاب كل منها لاعضاء خاصة . وقد بين تأثير الملونات المختلف في الانسجة التراكيب الكيمياوية الاساسية المتنوعة وابان الخاصة التي يتصف بها كل من هذه التراكيب المختلفة بتثبيت السموم من معدنية ونباتية وذيفانية كما اثبتت التحاليل الكيمياوية من جهة اخرى انتخاب بعض المخدرات، واخص بالذكر منها المواد البربوتيرية ، بعضاً من النواحي الخاصة في الدماغ كالجسم المخطط وملتقى الدماغ. ونعلم ايضاً ان لحمة (virus) داء المنطقة ولعاً خاصاً بالجامعة (neurone) الحسية وببعض القطع الجذرية وان حمة التهاب الدماغ النومي وحمة التهاب النخاع السنجابي الامامي الحاد في اشكاله غير النموذجية تؤذي انحاء معينة من العمود السنجابي الامامي للنخاع الشوكي .

كما ان اعمال بورغينيون الشهيرة ابانت ان امر توزع السموم في الجملة العصبية المحيطية متعلق بسرعة امتصاصها لها وسرعة الامتصاص هذه ترئس توزع

هذه السموم. فالسموم المعدنية كالرصاصية تنتخب الأنحاء العصبية البطيئة الامتصاص والذيفان الدفتيرياني يختار الجمل العصبية المتوسطة الامتصاص وذيفان الكزاز يختار الجمل السريعة الامتصاص وسيجلو فن الكيمياء استقرار سم الجلبان الغريب الذي يستولي على الحزم الحركية من النخاع الشوكي وفي قسمه السفلي فقط .

فكل ما قيل عن السموم وانتخاب كل منها لانحاء خاصة سواء أكان ذلك بتأثير علاقة السموم بتلك الانحاء او وفقاً لنظرية بورغينيون او لبعض التراكيب الكيمياوية وجذبها بالنسبة الى تركيبها سموماً مختلفة يقال ايضاً عن الذيفان الافرنجي ، هذه الاسباب التي تجعل هذا الذيفان يستقر نادرة على الحبال الخلفية كما في السهام او على حبال النخاع الجانبية كما في تناذر ارب ولا فرق بين ان يكون المصاب من مشارق الارض او مغاربها واننا لنستطيع القول بان وفرة مصادفة تناذر ارب في العرب المصابين بالداء الافرنجي تابع لتأهب خاص بهم . ويدحض قولنا هذا تلك النظرية القائلة ان العرب هم اقل تعرضاً من غيرهم لاستقرار الافرنجي في جملهم العصبية المركزية والمحيطية ومن جهة اخرى اذا كانت كثرة اصابات الداء الافرنجي في امة مناسبة لدرجة رقيها وتمدنها واذا كانت الجملة العصبية اكثر تعرضاً لاستقرار البريميات فيها كلما ارتقت وتطورت حق لنا ان ننسب الى عرب هذه البلاد ذلك الرقي وتلك المفاخر التي تتباهى بها مدنيات الغرب .

المناقشة :

العليم سوليه : انك تشبه فعل الداء الافرنجي بفعل داء الجلبان(latyrisme) ؟

العليم ترابو : : لا اننا نقابل فمايين متحاذيين. فان داء الجلبان كالافرنجي يضرب في تناذر آرب الجهاز الهرمي وحده ويؤذي منه قسمه الواقع تحت الثانية عشرة الظهرية فبهذا يتشابه التناذران السريريان اللذان يدعواننا الى بحث هذه المعضلة الامراضية نعني بها اختيار بعض العوامل السامة او الذيفانية لبعض اجهزة من الالياف دون سواها .

❀❀❀

حوادث الشلل العام

المشاهدة في مستشفى ابن سينا

للعليم اسعد الحكيم طبيب مستشفى ابن سينا

في شهر تشرين الثاني من سنة ١٩٢٧ نشرت مع الدكتور جود مقالاً في مجلة (الهيجين مانتال) ذكرنا فيه انواع الامراض النفسية الاكثر مشاهدة في دمشق . ومما قلناه اننا لم نشاهد قط الشلل العام في السوريين . غير ان الحوادث التي شاهدتها تباعاً غب السنة المذكورة في مستشفى ابن سينا الحديث التأسيس خطأت هذا القول واوضحت ان الانفسة (psychoses) الافرنجية الدماغية التي كان يظن ان سورية خالية منها لعدم توفر اسباب اكتشافها ودرسها هي شائعة الوقوع. فقد بلغ عدد المصابين بالشلل العام الذين عولجوا في مستشفى ابن سينا على ضيق نطاقه وقلة عدد اسرته منذ السنة ١٩٢٨ حتى اليوم ٢٤ مريضاً كلهم رجال من ثلاثمائة رجل دخلوا المستشفى في خلال هذه المدة فتكون نسبة هذا المرض الى سائر الامراض النفسية المشاهدة في مستشفى ابن سينا ١ – ١٣ وهي نسبة غير قليلة . ويدل هذا الاحصاء من جهة اخرى على ان انفسة افرنجي الدماغ نادرة جداً في النساء او انها تكاد تكون مفقودة .

وقد كان تشخيص هذه الحوادث مستنداً الى العلامات السريرية النفسية

والعضوية والى فحوص الدم والمائع الدماغي الشوكي المخبرية

ومما تجدر ملاحظته ان ١٣ من هؤلاء المرضى كانوا في السابق مصابين بالقرحة الافرنجية وكانوا كحوليين و ٣ كانوا كحوليين ولم تثبت اصابتهم بالقرحة الافرنجية واثنين كانا مصابين بالقرحة الافرنجية ولم يكونا يتعاطيان المسكر وستة كانوا لا يتعاطون المسكرات ولم تعرف في سوابقهم الخاصة اصابتهم بالافرنجي

وقد عولج هؤلاء المرضى بطريقة سيزاري وباربه اي بالستوفارسول الصودي والحمى الصنعية . ولم نلجأ الى المداواة بالملاريا لان قسماً من هؤلاء المرضى اظهر مناعة عليها على الرغم من تكرار الحقن بالدم البردائي وقسماً دخل المستشفى منهكاً فلم تسمح حالته بمداواته بالبرداء .

وقد كانت نتيجة المداواة كما يلي :

أ – وفاة بالدنف او السكتة الدماغية ١٢ اي ٥٠ ٪ وجلهم في عقب دخولهم المستشفى بمدة قصيرة لانهم اتوه في الدور الاخير من المرض .

ب – تحسن بدرجة الشفاء التام ٥ وقد عادوا جميعهم الى عملهم السابق منهم واحد من سنة ١٩٣١ والآخرون من سنة ١٩٣٤

ج – تحسن نسبي مع ضعف نفساني خفيف ٣ وقد زاولوا اعمالاً خلاف اعمالهم السابقة احدهم من سنة ١٩٣٤ والآخران من سنة ١٩٣٥

د – استحالة المرض الى عته بسيط ٣ منهم اثنان من سنة ٩٢٩ وواحد من سنة ١٩٣٢

هـ – في حال المداواة ١ حديث العهد .

ومما يلاحظ ان نسبة الشفاء مناسبة لشكل المرض السريري وسرعة المعالجة. فالنوع المترافق بهذيان الثروة والعظمة وبالنشاط النفساني هو اكثر الانواع تأثراً بالمعالجة وادعاها للشفاء.

وقد كان التحسن يظهر على الغالب في نهاية المجموعة الاولى من المعالجة واحياناً غب مجموعتين. ولم يتمكن المستشفى من عمل اكثر من ثلاث مجموعات لمرضاه لانهم كانوا يصرون على الخروج منه وجاهم لم يتعالج بعد خروجه من المستشفى وحالته ما زالت حسنة .

اما التغيرات الخلطية غب المعالجة فبالنظر الى مغادرة المرضى المستشفى فوراً غب تحسن حالتهم النفسية فاننا لم نتمكن من تعيينها . وكل ما يمكننا قوله هو ان تحسن الحالة النفسية لا يرافق في بدء المعالجة تحسن حال الدم والمائع النخاعي الشوكي لان الفحوص المخبرية التي اجريناها على بعض مرضانا الذين غادروا المستشفى وقد تحسنوا تحسناً تاماً وغب مداواة ثلاثة اشهر دلت على استمرار حالة دمهم ومائعهم الدماغي الشوكي على ما كانت عليه قبل المعالجة .

المناقشة :

العليم ترابو : لا استغرب كون معظم مرضاك من الرجال لان اكثرهم كحوليون والكحول يعد البيئة للشلل العام والنساء العربيات لا يعتدن في الغالب احتساء المسكرات .

واني اسألك في صدد المعالجة عما اذا كنت لم تر انتكاسات عصبية في مرضاك لان مركبات الزرنيخ الخماسية والستوفرسول منها تؤهب المعالجين لها

العليم اسعد الحكيم : لم اصادف اقل محذور من استعمال الستوفرسول الصودي

العليم سوليه : نقل اليّ ان الداء الافرنجي متفشٍ تفشياً شديداً في دير الزور فهل صادفتم من تلك الانحاء حادثات عصبية من الداء الافرنجي ؟

العليم الحكيم : ان واحداً فقط من مرضايَ كان من دير الزور ويحسن ارسال بعثة صحية لهذه الغاية .

العليم مريدن : كيف تستطيع ان تعلل انا ان حقن مرضاك بدمٍ بردائي لم يحدث البرداء فيهم ؟

العليم اسعد الحكيم : ومع ذلك فان الدم الذي حقن به مرضاي كانت فيه الحيوينات البردائية كما اثبتت المعاينة قبل كل حقنة .

العليم ترابو : لا عجب اذا خابت المعالجة بالبرداء في هـذه الانحاء حيث اكثر السكان من البردائيين القدماء

❀❀❀

٣ ــ حادث بري بري

(عرض المريض)

للعليم لاكومب احد اطباء المستشفى العسكري بدمشق

ترجمها العليم اسعد الحكيم

ان المريض مامادولامينا ديالو الذي اتشرف بعرضه عليكم هو جندي عمره ٢١ سنة تقريباً قوي البدن موطنه الاصلي الغينة الفرنسية ولم يصدف انه مرض قبل قدومه الى سورية في آب سنة ١٩٣٦

دخل مستشفانا للمرة الاولى في ٢٧ كانون الثاني وبقي فيه حتى ٢٠ نيسان ١٩٣٧ مصاباً بتناذر اعراضه توذم الطرفين السفليين وصداع واسراع ضربات القلب ونفخات مصراعية .

وكانت درجة حرارته حين دخوله ٣٨،١ والنبض ١١٢ والتوتر الشرياني ١٤ ½ × ٦ بمقياس لوبري . وبالاصغاء الى القلب سمع صوت عدو شديد الوضوح . ويشاهد توذم لين في الطرفين السفليين قديحي الشكل بحذاء الكعبين والرسغ مما يدل على وجود تناذر قلبي كلوي واضح غير ان عدم وجود الآح في البول وفقدان الانعكاسات الوترية الداغصية والدابرية (آشيلية) في الطرفين اضف الى ذلك نوع المريض الجنسي دعتنا الى وضع تشخيص البربري ومداواة المريض بالصورة الآتية :

١ - ملازمة الفراش

٢ — حذف الارز من طعام المريض، واعطاؤه القوام الخاص بالاوروبيين

٣ — تناول عشر قطرات من محلول الديجتالين الالفي يومياً من ٢٧ كانون الثاني حتى ٥ شباط ، زيت مكوفر ١٠ سم٣ وكبريتات السبارتيين ٠،٠٤ في المدة نفسها ، ثيوبرومين ١،٥٠ يومياً من ٢٧ الى ٣١ كانون الثاني .

سير المرض : زالت الحمى نهائياً منذ اليوم الثاني . اما منحني النبض فقد كان هبوطه بطيئاً وكان يتراوح منذ الايام الاولى من شهر شباط ما بين ٧٠ و ٩٠ .

اما التوتر الشرياني الذي كان طبيعياً منذ الدخول ١٤ ½ × ٦ . فقد صعد الى ١٥ × ٨ في ٣ شباط ثم الى ١٩ × ١١ في ٥ منه ثم الى ٢١ × ١١ في ٦ منه . مما دعا الى حمية المريض حتى ٩ شباط اذ هبط التوتر الى ١٤ ½ × ٨ وكان التوتر يزداد كلما عاد المريض الى التغذي حتى انه بلغ ٢٢ × ١٢ في ٢٤ شباط .

وفي خلال هذه المدة اجريت فحوص مخبرية مختلفة .

ففي ٢٨ شباط كان مقدار البولة في الدم ٠،٤٦ في الالف .

وفي ٢٩ منه لم تظهر تفسرة البول عناصر غير طبيعية فيه الا تزايد قليل في الملاح الصفراوية .

وفي ٥ شباط فحص مصل الدم فجاء

تفاعل هخث ++ مينيكه + شديد

في ٢٥ شباط البولة الدموية ٠،٣٧

وقد اختفت العلامات القلبية منذ اليوم الثامن وكذلك تورم الطرفين السفليين وبلغ البول الذي كانت كميته ٨٠٠ سم٣ في ٢٤ ساعة حين الدخول ١٥٠٠ثم ٢٢٠٠ ثم ٢٥٠٠ سم٣ في ١٢ شباط .

وهبط وزن المريض من ٩٠ كيلو غراماً و ١٠٠ غرام حين الدخول الى ٨٤،٥٠٠ في شباط ثم الى ٨١٬٦٠٠ في ٢١ منه

وفي ١٢ شباط ظهر عدم انتظام في النبض فاعطي الديجتالين مرة ثانية عشر قطرات من المحلول الالفي في اليوم حتى ٢١ شباط .

في ٥ مارت فحص الدم مجدداً فابدى النتائج السابقة عينها .

وعلى الرغم من خلو سوابق المريض من الافرنجي اخذنا في ٦ مارت بعمل مجموعة حقن من كيانوس الزئبق (واحد سنتغرام في اليوم لغاية ١٩)

ومنذ ٢٢ شباط استمر منحني النبض طبيعياً . اما التوتر الشرياني فقد استمر من ٢٠ مارت حتى ١٥ نيسان ١٦ ١/٢ × ٨ ثم عاد طبيعياً في ١٨ نيسان (١٤ ١/٢ × ٧) .

وفي هذا التاريخ كان وزن المريض ٨٤ كغ و ٧٠٠ . والاصغاء الى القلب طبيعياً . وسمح للمريض بالنهوض من فراشه من بدء مارت ولم يظهر التوذم فيه مع ذلك وقد اخذ الانعكاسان الداغصي والدابري بالظهور تدريجياً الى ان اصبحا طبيعيين في ١٨ نيسان . وبالنظر الى هذا التحسن اخرج المريض واعيد لقطعته . غير انه بالنظر الى نتيجة فحص مصل الدم المثبتة وعلى الرغم من خلو المريض من التظاهرات الافرنجية رأينا ان نحيله الى شعبة الامراض الزهرية ليبدي طبيبها رأيه فيه .

وقد قام هذا الجندي بوظيفته الفعلية مدة ٦ اشهر ولم يشكُ في سياقها شيئاً . حتى اذا كان ٣٠ تشرين الاول عاد ثانية الى المستشفى مصاباً باسراع الضربات القلبية وتوذم الطرفين السفليين وذلك من جراء الجهد الجسمي الناتج عن اشتراكه بالحركات العسكرية الفعلية .

وكانت حرارته ٣٧٬٥ والنبض ١٠٤ . وصوت عدو واضح بالاصغاء الى القلب والتوتر الشرياني ١٥ ½ × ٤ . والتورم شديد في الطرفين السفليين والوجه ايضاً . والوزن ٩٤ كغ و ٥٠٠ والانعكاسات الداغصية والدابرية ممحوة .

المداواة: حقن وريده بربع ميلغرام او اباثين في عقب دخوله وذلك لشدة العلامات القلبية وتحت جلده بعشرين سم٣ من الزيت المكوفر و ٠٬٠٠٨ من كبريتات السبارتيين وفي اليوم الثاني اعطي عشر قطرات من محلول الديجتالين الالفي . وحقن وريده بغرامين صفصات الصودا .

سير المرض : ظلت حالته ثابتة في الايام الثلاثة الاولى . ومنذ اليوم الرابع استمر النبض ما بين ٩٢ و ٩٦ . وتناقص الورم كثيراً . وازدادت كمية البول من ١٠٠٠ و ١٢٠٠ سم٣ حين الدخول الى ٣٠٠٠ و ٣٥٠٠ وفي ٦ تشرين الثاني كان وزن المريض ٨٩ كغ و ٥٠٠ غم

حالته الحاضرة بالاصغاء الى القلب نفخة انقباضية وظيفية على الغالب . اما صوت العدو فقد اختفى .

التوتر الشرياني ١٦ ½ × ٥ . الانعكاسات لم تتبدل حالتها . ويعالج المريض بالفيتامين B1 حقناً في العضلات بمقدار سنتيغرام في اليوم ولنا كبير امل بمشاهدة الاعراض القلبية والعصبية تتراجع في القريب العاجل .

المناقشة :

العليم ترابو : اني جذل بسماع هذه المشاهدة الجديدة عن الداء الرزي (béribéri) لانني اول من كشفه في سورية فقد نشرت في السنة ١٩٢٣ في رابائد الطب والصيدلة العسكرية امر وباء شديد في بيروت وحلب ودير الزور بين الجنود السنغاليين . وقد لقيت صعوبة كبيرة في بادىء الامر لاثبات هذا الوباء لان مثل هذه الحادثات من الداء الرزي لم يصادفها قبلي احد في سورية بين الجنود. غير ان الحقيقة لم تلبث ان اتضحت بعد ان كثرت الاصابات ومات بعض من المصابين موتاً فجائياً وتحسن البعض الآخر بتبديل المرتب الغذائي في الفرق المصابة . وانني الفت الانظار الى هذه القضية الكبيرة الشأن وهي ان المصاب بالداء الرزي يموت بالغشي بعد ان يتسع قلبه الايسر اتساعاً حاداً اذا لم يعالج . ومريض العليم لاكومب اكبر مثال على اثبات هذه الآفة القلبية فان صوت العدو واختلال النظم والنفخة الوظيفية كل هذه علامات مثبتة لقصور القلب وقد كانت افضت الى الموت لو لم يعالج المريض المعالجة الحسنة .

العليم لاكومب : اننا صادفنا حادثتي موت فجائي في ٢٥ مصاباً بالداء الرزي

العليم اسعد الحكيم : كيف تعلل ايجابية تفاعل واسرمان في هولاء المصابين؟

العليم لاكومب : من المسلم به ان تفاعل الدم ايجابي عادة في المصابين بالداء الرزي ؟

العليم سولية : أتعلمون امراضاً اخرى غير الداء الافرنجي يكون فيها هذا التفاعل ايجابياً ؟

العليم اسعد الحكيم : اذكر منها الجذام وربما سواه ايضاً .

العليم ترابو : ان اجراء هذه التفاعلات الحيوية في جميع المصابين بالداء الرزي امر كبير الفائدة . فلعلّ تفاعل واسرمان ايجابي في جميعهم او لعلّ هؤلاء المرضى كانوا مصابين بافرنجي قديم وقد اعدّ هذا الداء بيئة ملائمة فيهم لظهور الداء الرزي كما انه يعد بيئة ملائمة لظهور التهاب الدماغ النومي

❀❀❀

الافرنجي ونقل الدم

للعليم عبد الغني المحملجي
طبيب مستشفى ابن زهر

نقدم للجمعية الطبية الجراحية بدمشق حادثة الافرنجي الآتية لتضاف الى نظيراتها من حادثات الافرنجي الثانوي ذات التفاعلات المصلية السلبية ولما لها من الشأن الكبير في حالات نقل الدم وسراية الافرنجي وانتشاره بالطريق الدموي .

مريضنا في العقد الثالث من حياته قوي البدن وزنه خمسة وسبعون كيلوغراماً اعزب خادم في أحد فنادق دمشق ليس في سوابقه الشخصية ما يستحق الذكر .

استشارنا في مستوصفنا الخاص في اليوم الرابع عشر من آب ١٩٣٢ لاورام نمت حول الشرج منذ شهر تقريباً .

فرأينا حول شرجه ألواحاً مخاطية ضخمة وانتباجاً في عقد الاربية والواحاً مخاطية لبنية على اللوزتين ووردية افرنجية في راحة اليدين فتأكدنا اصابته بالافرنجي وقد نفى اصابته بقرحة بدئية افرنجية منذ شهر او اكثر . كما اننا لم نر أثراً دالاً على القرحة في الناحية التناسلية .

ولما اردنا اخذ دمه لفحصه على طريقة واسرمان قال : ان دمه قد فحص

قبل بضعة ايام وان النتيجة كانت سلبية كما هي محررة في الشهادة التي اخذها من احد مختبرات دمشق ولذا لم يتبع المعالجة النوعية وطلب الينا ان نشرع بالمداواة اللازمة .

فعولج حينئذٍ بالنئوترابارسنان (Néotréparsénan) حقناً في الوريد . فاخذت الاعراض الآنفة الذكر تزول من بعد الحقنة الاولى وزالت تماماً بعد الحقنة الثالثة بدون استعمال اي علاج موضعي مما يحقق اصابته بالافرنجي وكان مجموع ما حقن به من العلاج المذكور غراماً وعشري الغرام (١،٢٠) ثم ترك المداواة حتى غاية الشهر الثامن من سنة ١٩٣٣ اذ راجعنا في مستوصف ابن زهر لمداواته من الافرنجي .

فرأيناه اذ ذاك مصاباً بالواح مخاطية في الصماغين وقبة الحنك وبانتباج العقد اللنفاوية . فأجريت له من يوم مراجعته هذه حتى اليوم الثالث عشر من الشهر التاسع لسنة ١٩٣٤ سلسلتا مداواة بالنوفرسانوبنزول (Novarsénobenzol) بلغ مجموع كل منهما سبعة غرامات واربعة اعشار الغرام (٧،٤٠) من العلاج المذكور وسلستان من الزيت السنجابي (Huile grise)

ثم انقطع عن المداواة واخيراً عاد الى المستوصف في اليوم الخامس والعشرين من شباط سنة ١٩٣٧ وطلب الينا ان نتابع المعالجة فرأينا تأكلاً في قبة الحنك وانتباجاً في العقد اللنفاوية الرقبية وفوق البكرة وبعد التحريض بالارسنوبنزول فحص دمه على طريقة ماينيكه (Meinicke) فكانت نتيجته سلبية وشوهدت المنعكسات الوترية والحدقية طبيعية ولايزال

يتردد الى المستوصف لاكمال المداواة .

وقد اعلمنا احد رفقائه بانه اعطى مراراً من دمه بعض المرضى المحتاجين الى الاستدماء ولما سألناه عن صحة ذلك قال : انه قد فحص في بيروت في صيف سنة ١٩٣٦ ووجد مناسباً واعطى شيخاً لبنانياً كمية من دمه يجهل مقدارها بستين ليرة سورية . وانا لنأسف لعدم تمكننا من اخذ المعلومات اللازمة عن حالة الشيخ المذكور الصحية وما اذا كان قد اصيب بالافرنجي بعد عملية نقل الدم أم لا ؟

لا شك ان المداواة التي اتبعها مريضنا غير كافية ويؤيد ذلك تكرر ظهور اعراض افرنجية في اوقات مختلفة .

اما حالته التي اعطى فيها الدم فسارية في الغالب لان اكثر حادثات عدوى الافرنجي بالطريق الدموي اي الناتجة عن نقل الدم كانت نتائج الفحوص المصلية على دم المعطين سلبية فيها وكانت ناتجة من استعمال دم المصابين بالافرنجي حديثاً وقبل الدور المصلي .

ونحن نرى انه لا يكتفى بنتائج الفحوص المصلية السلبية حتى بعد التحريض بل يجب اجراء الفحص السريري عدة مرات وفي ازمنة مختلفة والامتناع عن استعمال دماء المشتبه بهم سريرياً في نقل الدم حذراً من نقل الافرنجي بالطريق الدموي .

المناقشة : العليم سوليه : يفحص في المراكز المنظمة المعطون العموميون كل ثلاثة اشهر وتجرى فيهم جميع التحريات الحيوية . فنقل الدم في تلك البقاع لا خطر منه البتة على المعطى له .

السابتزين في معالجة بعض

الآفات المحدثة بالمكورات العقدية

غير نكير ان اكتشاف السابتزين وما ماثله من الادوية كان في يد الطبيب سيفاً ماضياً قطع به شأفة كثير من الامراض التي كانت تصول على الجسد وتميت الكثير من الضحايا . فما من يجهل فتك الحمرة (érysipèle) وجهية كانت أم جراحية ولا العفونات الاخرى الناجمة عن المكورة العقدية (le streptocoque) ولا سيما حمى النفاس التي كانت تقضي على الكثيرات من النوافس ولا العفونات الجراحية كالفلغمونات المنتشرة والتهاب الاوعية اللنفاوية وسواها . ان جميع هذه الآفات اذا اضفنا اليها تعفن الدم بالمكورات العقدية (la septicémie streptococcique) خضدت شوكتها وخفت وطأتها بعد هذا الاكتشاف العظيم الذي جاء به الفن .

وقد شئنا كسوانا من الاطباء تجربة هذه المركبات في المستشفى العام بدمشق في مختلف العفونات بالمكورة العقدية من جراحية ونسائية وباطنة ووقع اختيارنا على السابتزين لمماثلته بالفعل للمركبات الاخرى من نوعه ولتفوقه عليها برخص ثمنه ونستطيع ان نجمل ما جنيناه منه بما يأتي :

١ً — في حمى النفاس والتهابات الملحقات كان للسابتزين فعل ناجع غير ان علاجات اخرى استعملت معه في جميع هذه الحوادث من لقاحات (بروبيدون) ومصول (مصل فانسن) فلا تستطاع والحالة هذه نسبة النجاح المجتناة الى السابتزين وحده غير اننا قد لحظنا ان النتائج في هؤلاء المريضات

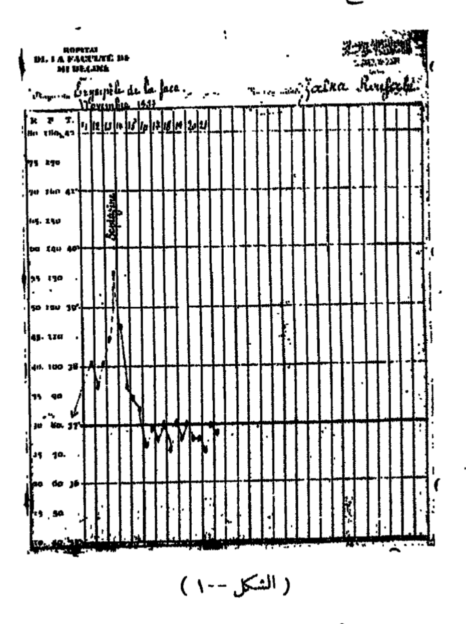
فاقت بحسنها نتائج ما يماثلها من الحادثات قبل استعمال السابترين .

٢ً — في العفونات الجراحية (الخراجات والفلغمونات والتهابات العروق اللنفاوية والخ) كان للسابترين فعل حسن . لا ينكر ان المعالجة الجراحية نفسها كالشقوق الواسعة التي كنا نلجأ اليها مكافحة هذه التقيحات كانت عوناً للبدن على مقاومة العفونة فلم ينفرد السابترين والحالة هذه في العمل ليصح القول ان النجاح ينسب اليه وحده . غير أننا تحققنا بعد استعماله ان سير هذه العفونات كان يقصر وان الحالة العامة كانت تحسن بسرعة فكانت تهبط الحمى هبوطاً تدريجياً . وان التقيح كان يخف ولا يلبث ان ينضب وان انتشارات الصديد كانت تقف . ولا نستطيع نسبة هذا التحسن الا الى فعل السابترين القاتل للجراثيم المقيحة .

٣ً — في الحمرة الوجهية والجراحية بدا فعل السابترين جلياً فانه كان يجهض الآفة في يوم او يومين كما تدل المشاهدات القليلة التي سنأتي على ذكرها ومنحنيات الحرارة :

المشاهدة الاولى : ز . ر . عمرها ستون سنة دخلت المستشفى العام بدمشق في ١١ تشرين الثاني سنة ١٩٢٧ تشكو دعثاً (courbature) وصداعاً مؤلماً وكانت حرارتها ساعة دخولها ٣٨,١ ولم يبدُ في ذلك الحين انتباج او احمرار في وجهها فاجريت لها التفاعلات المخبرية المعتادة لتشخيص عفونتها واذا بها في اليوم الثالث تشكو الماً في ناحيتي الوجنتين واذا بانتباج واحمرار يظهران في الناحية متصفين بصفات حمرة الوجه النموذجية مع حوية انتهائية (bourrelet terminal) واذا بحرارتها ترتفع الى ٣٩,٦ وبالاعراض العامة

الاخرى تشتد . وبعد ان بدت حمرة الوجه واضحة عولجت باقراص السابتزين (٦حبات في اليوم) فهبطت حرارتها في صباح اليوم الثاني الى ٣٨,٧ وفي مسائه الى ٣٧,٧ وتابعت الحرارة هبوطها حتى الدرجة الطبيعية(انظر منحني الحرارة رقم ١) وتحسنت الحالة الموضعية فخف الاحمرار والانتباج وزالت الاعراض العامة المزعجة الصداع والدعث .



(الشكل --١)

المشاهدة الثانية : أ . ي . ك عمرها ٣٠ سنة دخلت المستشفى العام

بدمشق في ٨ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ مصابة بحمرة وجه كانت قد ظهرت فيها منذ يومين . وكانت حالتها العامة سيئة الحرارة ٣٩،٨ النبض ١٣٠ الصداع مؤلم ، الهذيان خفيف ، اللسان متسخ وجاف ٠ فاعطيت ٨ حبات سابتزين في اليوم فاخذت حرارتها تهبط هبوطاً تدريجياً واعراضها الموضعية والعامة تتحسن وتركت المستشفى في اليوم السابع بعد ان شفيت من دائها (انظر مخطط الحرارة رقم — ٢)

HOPITAL DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

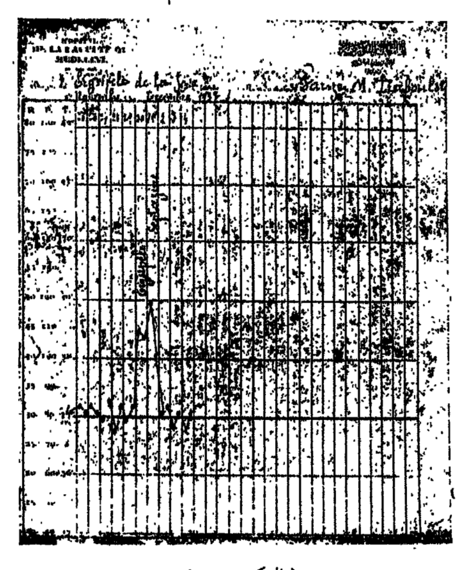
Erysipèle de la face. Adele J. Karam

Novembre 1937

R.	P.	T.	8	9	10	11	12	13	14	15
80.	180	43°								
75	170									
70.	160.	41°								
65	150									
60	140	40								
55	130									
50	120									
45	110									
40	100	38								
35	90									
30	80	37								
25	70									
20	60	36								
15	50									

(الشكل — ٢)

المشاهدة الثالثة : ف . م . ط . عمرها ٢٥ سنة دخلت المستشفى العام بدمشق في ٢٥ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ تشكو آلاماً مفصلية مبهمة بدون ارتفاع يذكر في الحرارة واستمرت حالتها كذلك واذا بها في الثلاثين من تشرين الثاني بعد ان خدشت وجنتيها تصاب بحمرة وجهية مزدوجة واذا بحرارتها ترتفع الى ٣٨،٥ فالى ٣٩ فعولجت بالسابتزين (٦ حبات في اليوم) فهبطت الحرارة بسرعة في خلال ٣٦ ساعة الى الدرجة الطبيعية وزالت الاعراض الموضعية (انظر مخطط الحرارة رقم - ٣)



(الشكل — ٣)

المشاهدة الرابعة : ع . م . ي . دخل المستشفى العام بدمشق في ١١ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ مصاباً بكسر مفتوح في الثلث السفلي للعضد ناجم عن مرمٍ ناري وبحمرة جراحية . كانت حرارته في صباح دخوله ٣٨

(الشكل — ٤)

وارتفعت مساءً الى ٣٨٫٧ ، وعدد نبضه ١٠٢ ولسانه متسخ وصداعه شديد وكانت حافات مخرج المرمي منتبجة محمرة مؤلمة وانتباج العضد منتشراً زهاء عشرة سانتيمترات فوق فوهة الخروج وتحتها والحوية الانتهائية واضحة في

حدود الاحمرار فلم يبق شك في تشخيص الحمرة الجراحية فعولج بالسابتزين فور دخوله (٦ حبات في اليوم) فهبطت حرارته في ٢٤ ساعة الى الدرجة الطبيعية وزالت الاعراض الموضعية زوالاً تدريجياً وسار كسره سيراً حسناً حتى انه استطاع مغادرة المستشفى في العشرين من تشرين الثاني وعضده مثبتة في جهاز جبسي (انظر منحني الحرارة رقم — ٤)

. . . .

ان هذه المشاهدات الاربع التي جئنا على ذكرها هي نزر مما رأيناه في شعب المستشفى المختلفة : النسائية والباطنة والجراحية وهي ناطقة بفائدة السابتزين . فنحن ننصح للزملاء الكرام ألا يحرموا مرضاهم فائدة هذا العلاج في مختلف المفونات بالمكورة العقدية وفي المفونات التي تعرقلها هذه المكورة

❀ ❀ ❀

المؤتمر الجراحي الفرنسي السادس والاربعون

«٢»

صمامات الاطراف الشريانية

لخصها العليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع الثاني من المؤتمر فيول من مرسيلية فتكلم عن الغريزة المرضية وفونك برينتانو من باريس فسرد طرق المعالجة .

١ — الغريزة المرضية : يعتقد ان الصمامات (embolies) الخائبة ويعنى بها الصمامات التي لم تسدّ الشريان سداً تاماً ولم تفض الى احداث الغنغرينة في الطرف هي ما يجب درسه في هذا البحث توصلًا الى حلّ قضية الغريزة المرضية وجلائها . وهذه الصمامات اكثر مما يعتقد البعض فهي تلتبس في معظم الاوقات بتشنج الشريان او دمته (thrombose) ولا ما يثبت انها صمامة لان العملية الجراحية لم تجرَ . وكذلك القول في الصمامات المستترة (occultes) التي لا تتصف باقل علامة تلفت النظر الى كونها صمامة غير ان بعض التحقيقات الاختبارية وبعض الحادثات السريرية لا تدع مجالاً للشك فيها .

وبعد ان جاء الباحث بهذه المقدمة بدأ درسه التحليلي :

أ — الصمامة : هي خثارة ليفينية كريوية (fibrino-leucocytaire) في الغالب وقد تكون صفيحة عصيدة وقلما تكون قطعة من الشحم او طفيلياً او برعم

ورم او مرمياً . وهذه الصمامة هي قبل كل شيء مركز للتخثر . وترتبط هذه الحادثة كما يظهر بحالة عفونة الخثرة التي تسهل امتداد التخثر اضف الى ذلك ان هذه الخثرة لا تلبث ان تستحيل استحالة ليفية فيزداد التصاق اجزائها بجدر الشريان الذي وقفت فيه .

ب — آفات جدار الشريان (الاعصاب مستثناة منها) : مكن الاختبار بصمامات عفنة وغير عفنة من الاستنتاجات التالية :

القطعة المصمومة (embolisé) : تنسد في الغالب لمة الشريان بالصمامة غير ان انسدادها لا يتم دائماً فان الصمامة قد تلتصق باحد جوانب الجدار ولا يكتمل الانسداد الا بعدئذ ويعلل لنا هذا الامر الصمامات الخائبة والمستترة . ويظهر ان الشريان لا يتسع اتساعاً شديداً في الغالب .

البطانة : تحتقن وتتوسف مضرعتها (épithélium) غير ان هذه البطانة تتأذى بشدة اذا كانت الصمامة شديدة العفونة . والمحددة المرنة الباطنة شديدة المقاومة .

الطبقة المتوسطة : آفاتها الالتهابية قليلة وتصاب طبقاتها الظاهرة فلقط واذا قاومت هذه الطبقة العضلية العفونة مقاومة شديدة فانها تتأذى مع ذلك وتستحيل (تضمر اليافها الملس وتتوذم وتبدو الفجوات فيها)

الطبقة الظاهرة : تبدو فيها اشد التبدلات فتوسع الاوعية فيها شديد جداً وارتشاحات الدم كثيرة وتفاعلات بطانة الاوعية الشعرية حادة فيظهر مما تقدم وخلافاً لما كان ينتظر ان طبقات الشريان الظاهرة اشد اصابة من طبقاته الباطنة . وهذا ما يثبت فكرة لريش عن التهاب الشريان الخارجي

حتى انه ليخيل ان الالتهاب عوضاً عن ان ينشأ من الخثرة يتجه اليها من الظاهر الى الباطن . فالتهاب الطبقة الظاهرة يسبق التهاب الطبقة الباطنة . وقد عللت هذه الحادثة الشاذة بضرر ري الجدار الشرياني وتوزع العروق اللنفاوية

القطع المجاورة للقطعة المصمومة : ان القطع المجاورة للقطعة المصمومة تخلو من الآفات او تكون خفيفة فيها الا متى كانت الصمامة شديدة العفونة .

وتظهر الآفات حينئذ على الطبقة الظاهرة ايضاً .

ج — التهاب الغمد (la gainite) : يظهر الغمد الشرياني العام فوق الصمامة وتحتها طبيعياً ليناً سهل الفتح .

ولكن التبدلات التالية تبدو في حذاء الناحية المصمومة من الشريان : فالغمد في الساعات الاولى منتفخ ومتوذم . وقد يغيض عن الوذمة بعدئذ ارتشاح صلب والتصاقات محيطية وباطنة . فينطمر في هذه البقعة الشريان والوريد والغمد العام في درع من الارتشاح .

ان التهاب الغمد هذا الذي قلما تخلو منه صمامة هو اكبر دليل على ما سماه لريش التهاب الشريان الخارجي . فان الشريان الذي تفعل فيه الصمامة وضغط الدم من الباطن الى الظاهر يفعل فيه ايضاً التهاب الغمد من الظاهر الى الباطن ويضيقه ويخنقه . وتنضغط ايضاً شرايين الطبقة الظاهرة وتتخرش ويعلل لنا التهاب الغمد هذا الآلام المستمرة التي لا تزول بعد عودة الدوران في الصمامات الخائبة .

د — الاوردة والاوعية الشعرية والدم والنسج والقلب: ان آفات الاوردة نادرة في الصمامة الشريانية الا متى كانت شديدة العفونة. ودمة الوريد ذات اندارسي ء.

وللاوعية الشعرية شأن كبير هنا ليس لان التهابها كثير الحدوث في الصمامة بل لان آفاتها السابقة وفعل الجهاز الودي وخيمة النتائج .

ولحالة القلب والنسيج والدم السابقة الشأن الكبير ايضاً في انذار الصمامة .

٥ — توسط الجهاز العصبي : ان تفاعلات الجهاز العصبي خاضعة لغريزة الصمامات المرضية . وقد تكون هذه التفاعلات عنيفة . فقد قيل وفي هذا القول شيء من الغلو :

« ان فعل الودي هو الاصل وانسداد الشريان هو الفرع »

وتثبت جميع الاختبارات حقيقة المضض الشرياني .

ولا بد من توسع الشريان لحدوث التفاعلات ولا يتوسع الشريان عادة الا اذ تزعزع جداره برمته . وينشأ الانعكاس بالخاصة من الطبقة الظاهرة.

فما هي طرق هذا الانعكاس ؟ انها لم تعرف حق المعرفة غير انه يخيل ان هذا الانعكاس طويل المجرى . واما المراكز الذاتية المستبطنة لجدر الشريان فمدحوضة تشريحياً .

توزع التفاعلات الوعائية الحركية : يصيب التفاعل الشريان المصموم بالخاصة ويتمثل بتشنج نادر الحدوث فوق الانسداد وكثيره بحذاء القطعة المسدودة وما تحتها : الفروع والشرينات حتى الاوعية الشعرية .

وقد يتجاوز التشنج جهاز الشريان المنسد فيقع في الشرايين المجاورة حتى انه قد يظهر في البعد ايضاً فرب صمامة في الشريان الفخذي تحدث تشنجاً في اوعية الطرف العلوي . مما دعا البعض الى القول بعامل

خلطي (humoral) : غير ان هذه النظرية السريرية بعيد قبولها .

وان ما يسترعي النظر التشنج في حذاء الصمامة وتحتها ويتغلب انقباض الشرايين في ناحية الشريان المسدود وينجم عنه تناذر اقترح فيدل تسميته « القولنج الشرياني » وقدم عليه مثالاً نموذجياً .

هـ — الصمامات الصغيرة والدمة الكبيرة : لقد استرعت حادثة انظار المختبرين هي الاتساع الكبير الذي تصل اليه الدمة الناشئة من الصمامة . حتى ان صمامة مجهرية قد تحدث دمة واسعة لا تناسب بين جسامتها وصغر تلك .

واذا لم يكن التفاوت كبيراً في جميع الحالات فان اتساع الدمة يكاد يكون قاعدة مطردة . وتستقر الخثرة الثانوية الى جانبي الصمامة وتحيط بها غير انها اطول تحت الصمامة منها فوقها . فهي فوق الصمامة حيث يلطبها الدم لا تتجاوز عادة الفرع الاول . بيد انها تحتها تطول جداً (الخثرة الممتدة)

وسبب طول الخثرة تحت الصمامة بطء الدوران الدموي فاذا ما زيد دوران الدم في تلك الناحية قلّ انتشار الدمة . فمكافحة قصور الدوران المبيض هي مكافحة الدمة المنتشرة .

ولهذا الامر شأنه الكبير لان هذه الدمة المنتشرة تزيد حالة المريض الخطرة خطراً : فكلما نزلت الخثرة سدت افواه الفروع الشريانية ومحت طرق عودة الدم في الفروع الاساسية تحت العائق .

وتأتي شروط اخرى عديدة فتنضم الى الشروط السابقة في احداث الدمة المنتشرة : آفات الشرايين السابقة تركيب الدم وابرزها عفونة الصمامة

و — طرق الاسعاف : لا يجهل ان الدوران المبيض اسهل حدوثاً

متى سد شريان كبير سداً تدريجياً خلافاً لما يقع اذا وقع الانسداد فجأة .
وكيف يتم ذلك ؟ انه يتم بطرق طويلة وطرق قصيرة ونموذج الاولى هو تفاغرات الثديي الباطن بالشرسوفي واما الثانية فتتألف من فروع عديدة مستبطنة للعضلات . فان العضلات «اسفنجات دموية » بحسب قول لريش

ولا يفعل هذان الجهازان بالطريقة نفسها . ففي الزمن الاول يتكون الدوران السريع بالفروع الطويلة وفي الزمن الثاني تتكون الفروع القصيرة المقصودة اي مجموعة الاوعية المغذية للشرايين والاعصاب والعضلات . فلتجتنب ما امكن اذية العضلات ، في الحماة مثلًا ، في سياق التوسطات الجراحية لمعالجة الصمامة .

وتدخل عوامل مختلفة في اعادة الدوران : سرعة الانسداد واتساعه ، عفونة الصمامة ، شدة التفاعل الحركي الوعائي ، واخيراً مقر الانسداد.

وتتفاوت الارجاء في الخطر فمنها ما هو شديد كالملتقيات والانحاء التي تتنضد فيها ارتكازات العضلات المختلفة الفعل (لريش) وعودة الدوران اسهل في الطرف العلوي منها في السفلي .

وبعد ان جاء الباحث بهذا الدرس التحليلي الدقيق جرب اجمال البحث فوصف للصمامة ثلاثة ازمنة :

١ً — الزمن الاول — الغزو البدئي ، الصدمة : تغزو الصمامة فجأة الوعاء والبدن . فتحدث حالة صدمة فيضعف القلب وينجم عن ضعفه فقر دم محيطي كما ان فقر الدم المحيطي هذا يضعف القلب الخائر بدوره ويخيّم على كل هذا تفاعل ودي شديد للغاية ضرره اكثر من نفعه .

ويتمثل هذا التفاعل العصبي بتشنج واضح في حذاء الصمامة وتحتها .
ويرجح ان تحسساً عضلياً موضعاً في الطبقة الخارجية منشأ هـذا التفاعل فيحدث التشنج الوعائي بطريق طويل انعكاسي مار على ما يرجح بالمراكز البصلية النخاعية ويتناول الشريان المسدود وفروعه والاوعية الشعرية .

واذا لم تكن الصمامة شديدة العفونة ولا جسيمة وقفت الآفة عندهذا الحد فزال التشنج وقامت الفروع الشريانية بوظيفتهـا ان لم يكن بايصال الدم حتى نهاية الطرف فبابلاغه الى القطعة الواقعة تحت الشريان المسدود. فيقال حينئذ « ان الصمامة خائبة »

وقد تخيب الصمامة لاسباب اخرى ايضاً : انسداد ناقص او متماد ، هجرة صمامة سيئة الالتصاق بالشرايين الثانوية والخ . .

٢ — الزمن الثاني ، تأذي الجدران، دمة منتشرة : غير ان الامر لا يتم دائماً بحسب ما ذكرنا بل اختلاطات تطرأ فتستمر الاضطرابات او تشتد . فان عفونة الصمامة تحدث في الشريان آفات بليغة ليس في طبقته الباطنة كما يظن للوهلة الاولى بـل في طبقته الظاهرة . لا ينكر ان الطبقة الباطنة تتأذى كما تثبت العمليات المتأخرة غير ان الطبقة الظاهرة تبدو عليها تبدلات ابلغ حتى ان الالتهاب يتجاوزها الى الغمد فيلهبه (ليشر)فتكون النتيجة ان التشوشات الودية تشتد ايضاً .

والدم الذي يمرُّ في الفروع تخف سرعته لخفة ضغطه فيها فينجم عن ذلك انتشار التخثر ولا سيما تحت الصمامة حيث اتساع الخثرة كبير وحيث قطعـة الشريان المسدودة طويلة الامر المفضي الى ابطال وظيفة عـدد كبير من

الفروع الشريانية. وقد تكفي صمامة جزئية لاحداث مثل هذه الخثرة الجسيمة
فالزمن الاول هو زمن الصدمة بيد ان الزمن الثاني هو زمن الاختلاطات
وعلى الرغم من كل هذا فعودة المياه الى مجاريها ممكنة غير انها صعبة .

٣ — الزمن الثالث : العقابيل (sequelles) والتهديدات: اذا خابت الصمامة تعضت الآفات وانقلب الجسم الساد والخثرة الثانوية والوعاء كتلة صلبة واحدة ولكن أيحق لنا ان نلفظ كلمة شفاء؟ ليس دائماً فان بعض الاضطرابات تستمر ؛ الآلام او العرج الناجم عن قصور الدوران والخ . . ويضيق التهاب الغمد الضفيرة العصبية ويخرشها حتى ان الضرورة قد تقضي بقطع الوعاء المسدود (على ان تجرى العملية بعد برودة الآفة)

وقد تعود الصمامة ثانية ويستمر سببها في كل حال : وتبقى ام الدم في المريض ويبقى داؤه القلبي وتكون الحالة قد تحسنت موقتاً .

٢ — المعالجة : بحث فيها فونك برينتانو من باريس ذكر اولاً القواعد التشريحية في معالجة الصمامات . وصعوبات التشخيص ولا سيما تمييز الصمامة عن التهاب الوريد والتهاب الشريان وضرورة الالتجاء الى المعاينات التكميلية (مقياس الضغط الموضعي ، الاختبارات المضادة للتشنج : الحمامات الحارة ، الاساتيل كولين والخ .) لمعاضدة التشخيص السريري الذي قد لا يفي وحده بالحاجة والى رسم الشرايين لتعيين المكان الذي يجب التوسط فيه .

ثم سرد طرق المعالجات المقترحة فذكر منها :

أ — الطرق الموجهة الى الصمامة وهي تحصر في استئصال الصمامة لان تجزءتها عملية عمياء وعرضة للاخطار . بعد ان اجرى لاباي عمليته الاولى

(١٩١١) كررت هذه العملية ما لا يقل عن اربعمائة مرة ويعود اكثر هذه العمليات الى الاسوجيين ولا سيما الى كاي

تجرى هذه العملية بالتخدير الموضعي وتراعى في اجرائها الطهارة الصارمة اجتناباً للدمة الثانوية ويستعمل في الوقت نفسه محلول الليمونات المضاد للتخثر ويجب كشف قطعة كبيرة من الشريان قبل فتحه حذفاً للعنصر المولد للتخثر اي الجمع بين قطع الودي حول الشريان واستخراج الصمامة ، وقد وصف الباحث بعض الطرق الجراحية في الشرايين الصعبة المنال (تحت الترقوة ، الحرقفي الفخذي والخ . .)

ما هي نتائج استخراج الصمامة ؟ بعد ان بين الباحث صعوبة جمع الاحصاءات في قضية عويصة كهذه درس الامور التالية :

١ً — النتيجة الوظيفية والنتيجة التشريحية : ليست الصمامات التي تشفى عفواً بقليلة العدد . فان غنغرينة الناحية المفتقر دمها في بدء العوارض ليست القاضية دائماً ويحق لنا التساؤل عما اذا كانت الحادثات ، التي لا يصاب بها الطرف بالموات بعد استئصال الصمامة مع ان النبض لم يعد الى الظهور فيها لم تكن لتشفى ولو لم تستأصل الصمامة . ويظهر ان حذف هذه الحادثات من قائمة النتائج الحسنة بعد نزع الصمامة اقرب الى الصواب . لان الغاية من نزع الصمامة اعادة الدوران الى حالتيه الطبيعيتين التشريحية والفريزية فاذا ما اثبتت السريريات ان الجذع الشرياني لم يرو النسج بعد استئصال الصمامة قيل ان العملية قد خابت .

وقد تبين في بعض المشاهدات ان النبض لم يعد الى الظهور الا متأخراً

فلا بد من الاقرار بان توسع باطن الشريان المنيف بالصمامة قد احدث تشنجاً انعكاسياً ماحياً المعلومات التي جاء بها قياس الضغط . وقد يفضي العمل الجراحي نفسه الى هذه النتيجة ومع ذلك فمتى عاد المشعر التموجي الى الظهور بعد مدة طويلة لم يكن ظهوره الا ناجماً عن قيام الفروع الشريانية بوظيفتها ويقال هنا ايضاً ان الطريقة قد اخفقت .

٢ً — المعلومات المقتبسة من معاينة القطعة التشريحية : ان احد البراهين الموجهة ضد استئصال الصمامة هو ان تكوّن دمة ثانوية في عقب خياطة الشريان لا مندوحة عنه (كونايو) وان للمعلومات المقتبسة من معاينة الشريان بعد التوسط الجراحي او بعد فتح الجثة قيمة كبيرة .

ويحق لنا القول ان الدمة بعد استئصال الصمامة (اذا نشأت من خياطة الشريان ولم تنشأ من التهابه) ليست نتيجة الطريقة نفسها بل نتيجة الطرز المستعمل .

٣ً — اسباب الموت : ان هذه الفقرة جزء من النتائج المقتبسة من استئصال الصمامة . فهي دليل على خطر الصمامة الشريانية اية كانت طريقة المعالجة المتبعة ، واذا وضعناها هنا فلأن مشاهدات استئصال الصمامة المعلنة اوفر عدداً من المشاهدات النادرة حيث عولجت الصمامة بطرق اخرى . فقد مات من المرضى المائتين والستة والتسعين الذين درسهم بيرز في بحثه مائة وتسعة واربعون مريضاً باقل من شهر بعد العملية . وقد قضى من هؤلاء ٩٠ ./. في خلال اليوم الاول بعد العملية ويعتقد المؤلف ان وفرة هذه الوفيات في عقب العملية سببها التخدير العام .

واما الموت المتأخر فسببه الآفة السببية فان ٤١ مريضاً من المرضى ٦١ الذين تركوا المستشفى بعد ان انتظم دورانهم الموضعي ماتوا بعد عشر سنوات ونصفهم قضى باسترخاء القلب (ستروماك)

٤ — النتائج بالنسبة الى سن المريض : بما انه لا يحق لنا ان ندعو نتيجة استئصال الصمامة « حسنة » الا متى عاد الدوران الى الشرايين الاساسية جاز لنا ان نعلق على سن المريض بعض الشأن . فان خياطة شريان متصلب صعبة الاجراء وسيئة النتائج .

وليس التقدم في السن مانعاً عن استئصال الصمامة بل لعل المسنين احق باستئصال الصمامة من قطع الشريان فان الشريان الشيخ المتصلب قناة لا تفاعل فيها .

وليست حداثة السن في الغالب عاملًا في حسن الانذار لان الصمامة لا تصيب الا المنهكين المضعفين من الاحداث .

٥ — النتائج بالنسبة الى الشريان المصاب : اجمع المؤلفون على الاقرار :

أ — بان العمليات على الطرف العلوي احسن منها على الطرف السفلي .

ب — وانها في الشرايين السطحية افضل من الشرايين العميقة .

٦ — النتائج بالنسبة الى تاريخ العملية : اذا كان لمقر الصمامة شأن كبير في الانذار فان لتاريخ العملية شأناً اكبر . فقد ظهر من درس التشريح المرضي ان استئصال الصمامة لا يفيد الا متى سلمت بطانة الشريان . فكلما بكر في اجراء العملية قل خطر تكون الدمة الثانوية بعد العملية ، هذا ما يقتبس من احصاءات كاي وبيرز ودانزيس .

فقد احصى الباحث في ١٠٨ حادثات جمعها بين ١٩٣٢ و١٩٣٧ :

٧٠ ٪ من النتائج الحسنة في العمليات المجراة قبل الساعة العاشرة و٢٦ ٪ بعد الساعة العاشرة .

فاذا لم يستعمل استئصال الصمامة الا في حادثات معينة كانت حسناته اقل من سيئاته ويخيل ان المستقبل كفيل بتحسين نتائجه :

أ — بتعيين مقر الصمامة الدقيق بعد رسم الشريان الشعاعي ويجتنب بهذه الطريقة سلخ الشريان الواسع والندبات الواسعة حول الشريان .

ب — بضم معالجة داعمة مقتبسة من مبادىء الدوران الشرياني الغريزية الى هذه المعالجة التشريحية الصرفة : اي قطع الودي حول الشريان والخ . .

ب — الطرق الموجهة الى دوران الفروع والشرينات والاوعية الشعرية :

١ — قطع الشريان (l'artériectomie) ان مبدأ قطع الشريان معاكس لمبدإ استئصال الخثرة . فان الجراح يوجه اعتناءه في قطع الشريان الى غريزة الشريان المسدود وقد اقتبست هذه الطريقة الحديثة المهد من اعمال لريش

يعتقد لريش ان التشوشات التي تحدثها الصمامة ليست نتيجة لانسداد الشريان بالخثرة فقط بل لامتداد التهاب بطانة الشريان الى محيطه فاذا ما حذفت هذه النواة المخرشة المكونة للانعكاسات اي هذا الشريان المسدود زالت التشوشات الوعائية الحركية المحيطية وافضى محوها الى توسع الشرينات المستبطنة للعضلات الدائم .

وفي ابراز هذه الطريقة الى حيز العمل يتصادم مبدآن مختلفان : يقول البعض ان قطع الشريان عملية غريزية غايتها توسيع الاوعية الشعرية المستمر

فهي لاتعبأ بالدمة في الشريان ولا بانتشارها في الفروع الشريانية ودعاة هذا المبدإ يقطعون الشريان بدون ان يفتحوه سواء اوقع القطع على الخثرة ام لم يقع عليها .

واما الآخرون فيرون ان نزع الخثرة حتى المنتشرة منها امرٌ واجب تقديمه على قطع الشريان لان نزعها يحرر عدداً كبيراً من الفروع الشريانية ويسهل الدوران بعد قطع الشريان ، اضف الى ذلك ان نزع هذه الخثرة بحذفه للمراكز المولدة للنزف يقي من تكوّن الدمة الثانوية حيث يربط الشريان.

وفي الواقع فان لكل من هاتين الطريقتين استطبابات بحسب الحادثات : فاذا كانت الصمامة قديمة لا تكون الغاية من التوسط التأثير في فقر الدم الموضعي بل في التشوشات الاغتذائية فتكون الصمامة قد اتجهت عفواً الى شفاء نسبي ولا تكون العملية مجراة على شريان بل على حبل صلب ، ففي حالات كهذه لا معنى لفتح الشريان قبل قطعه .

واما متى كانت الصمامة حديثة ففتح الشريان قبل قطعه لا مندوحه عنه بحسب معظم الجراحين اذا لم يكن قد انقضى على الصمامة اكثر من ٤٨ ساعة .

ويقول لريش لا يفيد قطع الشريان الا اذا جنت منه غايات ثلاث : احداث توسع في الاوعية ، وتسهيل الدوران المعيض ، ومنع التهاب الشريان عن الانتشار الى المحيط ، فنزع الصمامة المبكر فقط يوفر الشرطين الاخيرين .

ولقطع الشريان حسنات لا تنكر وفي مقدمتها سهولة اجرائها التي

كانت سبباً كبيراً في انتشار هذه الطريقة واقبال الجراحين عليها . ولها محاذير فهي « تقطع الجسور » بحسب تعبير غوسه وبرتون وباتل وراءها والخيبة فيها كثيرة .

فلا يجوز ان يعيض قطع الشريان عن استئصال الصمامة بل ان لكل منها استطبابات معينة يمتاز بها على الآخر .

فاستئصال الصمامة مفضل قبل الساعة العاشرة اياً كان الشريان المصاب على ان يكون الجراح مجهزاً بالأدوات اللازمة لجراحة الشرايين، وان تسمح حالة المريض العامة بعملية طويلة كهذه

وبعد الساعة العاشرة: يفتح الشريان اولاً ثم يقطع بعدئذٍ اذا لم يكن قد انقضى زمن طويل على بدء الحادثة ويقطع الشريان مباشرة اذا كانت المدة طويلة

وفي المرضى المضعفين وفي الحادثات التي يخيب فيها نزع الصمامة وحيث جدر الشريان متأذية يفضل قطع الشريان ايضاً .

٢ — التوسطات في البعد على الودي : لا تعبأ هذه المعالجة بالآفات الموضعية . فقد اشار لريش بالتأثير في الودي الحرقفي بتخضيبه بالنوفوكائين او بقطعه (والافضل قطع العقدة) وقد استعمل لريش تخضيب العقدة النجمية في صمامات الطرف العلوي .

ان هذه التوسطات على الودي تحدث توسعاً وعائياً وتجيز التريث مدة من الزمن قبل الالتجاء الى المعالجة الموضعية

وقد يفضي التخضيب بالكوكائين الجديد وحده الى زوال الاعراض ومتى اخفق وجب التوسط السريع .

ويقول لريش ان الانتظار وتجربة تخضيب الودي بالكوكائين الجديد جائزان متى لم يكن عجز وظيفي في الاصابع ولا صفائح محمرة واقتلاعات بشرة وفقاعات .

٣ً — ربط الاوردة : استعمل بناء على اختبار اوبل غير ان فائدته لم تتضح واستطباباته لم تعين جيداً .

٤ً — المعالجة الدوائية : ان المعالجة الدوائية التي ذكر الباحث اسمها الاختبارية قد تكون خير مساعد للمعالجات الاخرى فقد اشاروا باستعمال موسعات الاوردة وغيرهم بمضادات التشنج وآخروز بتنشيط الدوران المحيطي

وخير ما يصنع وما اثبتته التحريات في مريض مصاب بالصمامة الشريانية حقن العضلات او الوريد بخمسة وعشرين سنتيغرام بابافارين وحقن العضل باربعين سنتغرام اساتيل كولين او الوريد بعشرة سنتغرامات منه . وتكرر هذه الحقن كل نصف ساعة طيلة ساعتين الى ست ساعات .

وتحقن اللحمة في الوقت نفسه بالكافور والبراسيل والكورامين

وحذار من استعمال بعض الادوية نذكر منها الاتروبين الذي يمحو فعل الاساتيل كولين الموسع والادرانالين الذي يقلص العروق المحيطية بشدة

وقد ذكرت نتائج حسنة عن استعمال البابافارين وحده او مع الاسا كولين والنتائج احسن اذا ما اشرك العلاجان معاً . غير ان هذه المعالجة الدوائية لا تغني عن المعالجة الجراحية بل يجب ان تكون عوناً لها فقط .

٥ً — تمرين الاوعية المنفعل : ان التمرين الوعائي المنفعل او المعالجة بتخفيف الضغط وتشديده طريقة مستعملة في الولايات المتحدة منذ مدة

قصيرة ويستند مبدأها الى المعلومات الغريزية المرضية في انسدادات الشرايين إجمالاً ولا سيما في انسداداتها الحادة . وقد استعملت هذه الطريقة املاً بخلق « قلب محيطي » وهذه هي الطريقة : متى انسد الشريان انسداداً حاداً حدث امران : احدهما مركزي وهو ارتفاع الضغط فوق العائق الذي يدفع الدم ويجبره على المرور بالمجاري الموجودة وغير العادية . وتستدعي هذه الحادثة قوة المضلة القلبية . فازدياد الضغط فوق العائق الذي لا بد منه بحسب الاميركيين لحدوث الدوران المعيض تابع لشدة عضلة القلب . والمصموم لا يتوفر فيه هذا الشرط لان قلبه واهن في معظم الاوقات وعضلة قلبه على اهبة الاسترخاء . والحادثة الثانية محيطية وهي توسع العروق في الناحية التي افتقر دمها .

فلكي يزداد الدم في المحيط يوضع الطرف في جهاز من الالومونيوم او الزجاج حيث يزاد الضغط ويخفض بجهاز من المضخات ويتعاقب الضغطان السلبي والايجابي مرتين الى اربع مرات في الدقيقة وهذا ما يمثل « القلب المحيطي »

ولا تخلو هذه الطريقة من النقد على الرغم من عدد المشاهدات القليل المعلن منها حتى الآن .

ولا يستطيع المريض تحمل هذا الجهاز اكثر من ساعة في الغالب . ولا يعلو الجهاز الى اكثر من منتصف الفخذ فهو لا يستعمل الا في صمامة الفخذين السطحي فقط . ولا تعبأ هذه الطريقة بالمركز المولد للتخثر ولا بجزؤ الخثرة الممكن الحدوث وتكوينها بؤر تخثر جديدة وعديدة .

الاستنتاجات : يقول الباحث ان معالجة الصمامات الشريانية في الاطراف تابعة لبعض من العوامل التي يستطاع اجمالها :

١ً ليس فقر الدم الموضعي المحيطي الا نتيجة غريزية وتشريحية وسريرية لأحد الاختلاطات فاية كانت المعالجة المستعملة فانها توجه الى المسبب وليس الى سبب العوارض .

٢ً — ان كثرة الصمامات الخائبة تعيد النتائج الحسنة المعلنة في الاحصاءآت مغلوطاً فيها . أفيصح عزو النتائج الحسنة الى المعالجة نفسها ؟ ام ان الشفاء كان قد تم ولو لم يعالج المريض اقل معالجة

٣ً — ان اهم ما يجب الالتفات اليه في المعالجة هو قيمة الصمامة المولدة للتخثر .

فنزع الصمامة الذي اشار به كاي والمدرسة الاسوجية يمحو في الوقت نفسه العائق وامكان انتشار الخثرة ولهذا كان استئصال الصمامة خير المعالجات في الساعات العشر الاولى .

ويستند قطع الشريان الذي اشار به لريش ومدرسة مرسيلية الى عنصرين: تشريحي وهو ان قطع الشريان بعيداً عن الخثرة الممتدة يمحو المركز المولد للتخثر . وغريزي وهو ان قطع الشريان يفعل في دوران الاسعاف ويسهل الري بالشرينات والعروق الشعرية والفروع .

واما معالجة الشريان عن بعد (التأثير في الودي الفقاري والمعالجة الدوائية والتمرين الوعائي المنفصل) فلا قيمة لها في محو العامل المولد للتخثر الذي كون الصمامة . فان المداوي يوجه اعتناءه بهذه الطرق الى

الصمامة نفسها اي الى كونها جسماً ساداً للشريان والى التشنج وانخفاض الضغط المحيطي الناجمين عنها .

ويظهر للباحث ان نزع الصمامة اذا ما بكر في اجرائه فاقت نتائجه الباهرة الطرق الاخرى وان لقطع الشريان سبقه فتح الشريان او لم يسبقه استطبابات خاصة لا تنكر فيها نتائجه الحسنة بيدَ ان المعالجات الاخرى لا يصح ان تكون سوى معالجات مساعدة فقط .

٤ — والنتيجة العملية هي ان نزع الصمامة مفضل في الساعات العشر الاولى على ان يعين مقرها بالرسم الشعاعي وتجرى العملية بالتخدير الموضعي ويسرع في اجرائها ما امكن ويخضب الودي بالكوكائين الجديد ويحقن الوريد بالبابافارين والاساتيل كولين وتستعمل مضادات التخثر في سياق العملية . وبعد الساعة العاشرة يقطع الشريان وتستعمل هذه المعالجات نفسها .

ولا بد في كلتا الحالتين من زيادة الري المحيطي بتنشيط عضلة القلب بالاوابائين والديجيتالين وبالتأثير في الضغط الشرياني العام (كورامين ، محلول الكافور ، براسيل)

وبعد ان يقدم العهد على الآفة يصبح قطع الشريان الواسطة الفضلى .

المناقشة

بدرنا : يعتقد كالآخرين ان نزع الصمامة هو الطريقة الفضلى . وبعد ان تمرّ الساعة العاشرة لا يشير بقطع الشريان وتخدير الضفيرة القطنية بل بقطع السلسلة القطنية (العقدتان ٣ و ٤) الذي كان النجاح فيه معادلاً لثلاثة اخماس الحادثات . وقد جاء بمشاهدات دعماً لرأيه .

البرت : يلفت الانظار الى الصعوبات التي تعترض التشخيص الاكيد ويشير بتخضيب سلسلة الودي بالمخدر واستعمال الادويـة الموسعة للعروق لمعرفة الدور العائد في المشهد السريري الى التشنج الشرياني .

وهو من محبذي استئصال الصمامة غير انه يستدعي التبكير في الاجراء (الساعات العشر الاولى) ومهارة في العمل واتقاناً في المعدات . ولا يجوز في هذه الحالات نفسها اهمال الوسائط المساعدة على مكافحة التفاعلات الوعائية الحركية المرضية التي لا يستطيع نزع الصمامة القضاء عليها منذ البدء

ويقطع الشريان متى لم يعد نزع الصمامة ممكن التحقيق او متى لم تتوفر الشروط لاجرائه . ويزيل قطع الشريان الصمامة والخثرة الطويلة ايضاً ماحياً تقلص الوعاء الانعكاسي الذي يشمل الطرف برمته وقد يمتد ايضاً الى الطرف المقابل .

ويحدث ربط الشريان الناجم عن قطعهِ نوعاً من توسع الاوعية الموافق لعودة الدوران المعيض . ولكن ما زال هذا الدوران ناقصاً يظل الضغط المحيطي هابطاً وقد تكون نتيجته وخيمة .

ويكافح ربط الوريد المرافق هبوط الضغط المحيطي وتحسن تغذية النسج . ويشار في جميع الاشكال الخطرة باشراك هذه المعالجات الجراحية ببعض التوسطات على الودي وبالمعالجات الدوائية الاخرى .

وقطع الودي حول الشريان لا فائدة منه الا بعد نزع الصمامة واما بعد قطع الشريان فلا حاجة الى استعماله .

وتستطاع الاعاضة عن قطع عقد الودي بتخضيبها بالمخدر الذي مع خلوه

من الخطر معادل بفائدته لذلك

ويشير البرت باشراك طرطرات الارغوتامين مع الاساتيل كولين الذي اختبره منذ نحو من سبع سنوات فهو يزيد توسع الاوعية الذي يحدثه الاساتيل كولين ويطيل مدته .

لريش : يشارك الباحثين رأيهما في المعالجة كيف لا وقد اقتبس الباحثان مستنداتهما من اعماله .

وادتيمر : لفت الانظار الى صعوبة التشخيص واورد ثلاث مشاهدات شخصية وبين الفائدة المجتناة من تخضيب الودي تسكيناً للعوارض التشنجية من جهة وتسهيلًا للتشخيص من جهة اخرى .

مارك ايزلان وهايمده بلزاك : بعد ان اوردا اربع مشاهدات شخصية رسما فيها الشرايين في وضعة الوقوف ذاكرين موت ثلاثة من مرضاهما استنتجا النتائج التالية :

١ً — ان الحادثة البدئية ليست الصمامة بل ان الشريان يقف فجأة عن النبضان ويتخثر الدم بعدئذٍ في هذا الحذاء .

٢ً — ان الدوران في الجذوع مستقل بعض الاستقلال عن الدوران في الشرينات فوقوف هذا الدوران غير تابع لدمة الجذوع كما تنص فكرة قطع الشريان ثم جاء المؤلفان بالبراهين التي حدتهما الى هذه الاستنتاجات .

نولو يلفت الانظار الى قيمة رسم الشرايين في تشخيص الصمامات الشريانية والى شأن تخضيب الودي القطني بالكوكائين الجديد في معالجة هذه الآفة .

وقد اتيح له اجراء ثلاثة رسوم شريانية لتناذرات صمامية واحدها على الوتين (aorte) في مريضة مصابة بصامة الشريان الحرقفي الاصلي الايسر

وقد استنتج من هذه الرسوم ان تعيين مقر الصامة مستطاع بدقة فائقة وان تمييز الصامة عن التهاب الشريان المتمثل بمظهر الصامة ممكن في اكثر الحالات .

وتخضيب الودي القطني بالمخدر طريقة مساعدة يحسن استعمالها كطريقة مساعدة في نزع الصامة او قطع الشريان .

وتستحسن اعادتها لان تكرار التخضيب يزيد التوسع الوعائي المحدث ويطيل مدته . هذا ما اقتبسه المؤلف من الاختبارات التي اجراها على الحيوان .

❀ ❀ ❀

تناذرات آرن دوشان

للاستاذ ج . ترابو استاذ السريريات الطبية في المعهد الطبي

ترجمة طالب الطب السيد صلاح الدين سبح

لهذه التناذرات مناشىء عديدة جلية. فقد يكون منشأ التناذر عضلياً (myopathique) أو عصبياً (nerveuse) أو جذرياً (radiculaire) أو سحائياً (méningitique) أو نخاعياً (médullaire) وقد ينشأ عن التصلب الجانبي الضموري (sclérose latérale amyotrophique) أو عن التهاب النخاع السنجابي الامامي المترقي في الكهل (داء آران دوشان) وتعدد المنشأ هذا تنجم عنه انواع عديدة مختلفة يتميز كل منها عن الآخر باعراض سريرية خاصة وسنذكر هذه الانواع مع المميزات التي يتصف بها كل نوع على حدة

أ : تناذر آران دوشان العضلي المنشأ : يتصف هذا التناذر بالصفات التالية:

١ : ليس فيه تقلصات ليفية ابداً

٢ : ليس فيه آلام عفوية ولا محدثة

٣ : لا ينعدم الحس فيه

٤ : يظهر في الأحداث

٥ : له صيغة كهربية خاصة (تفاعل جولي الوهني العضلي R. élect. myasthénique de Jolly)

٦ : تضعف فيه الانعكاسات

٧ : والآفات فيه متناظرة عادة

ب : تناذرات آران دوشان العصبي المنشاء : — يمتاز هـذا النوع بمرافقة آفات العصبين المتوسط والزندي له، هذه الآفات التي تنشأ إما عن الرضوض او الانتانات او الافرنجي او الانسمامات وأخصها الانسمام بالرصاص أو من الجذام (داء مورفان ، الداحس غير المؤلم) وأعراضه هي :

١ : شلل منتشر وجافي ٢ : تشوشات حسية ذات توزع محيطي ٣ : ليس فيه تقلصات ليفية ابداً ٤ : تضعف فيه الانعكاسات تدريجياً واحياناً تنعدم ٥ : تشوشات اغتذائية جلدية ونادراً عظمية ٦ : الآفات وحيدة الطرف ٨ — يظهر تفاعل الاستحالة في الاعصاب والعضلات معاً

ج : تناذر آران دوشان الجذري المنشاء -- يتصف بالصفات التالية :

١ : الآفات فيه وحيدة الجانب ٢ : تشترك فيه آفات الجذرين الرقبي السابع والظهري الاول مع آفات الودي ٣ : ترافقه تشوشات حسية جذرية التوزع ٤ : وتشوشات حركية جذرية التوزع ايضاً ٥ : تفاعل الاستحالة فيه ايجابي ٦ : الانعكاسات تضعف فيه واحياناً تنعدم ٧ : ليس فيه تقلصات ليفية ابداً ٨ : يرافقه تناذر دجرين كلومبكه ٩ : والسائل الدماغي الشوكي طبيعي .

د : تناذر آران دوشان السحائي : — يمتاز

١ : بكونه ثنائي الجانب (التهاب السحايا الضخامي الرقبي) ٢ : بمرافقة تناذر كلود برنار هورنر له ٣ : بمرافقة تفاعل استحالة عضلي عصبي ٤ : بفقد التقلصات الليفية ٥ : باشتراك الاضطرابات الحسية والحركية معاً

بتوزع جذري ٦ً : بتغير السائل الدماغي الشوكي .

واسبابه الافرنجي أو السل أو السرطان .

هـ : تناذر آران دوشان النخاعي (تناذر تكهف النخاع) : يمتاز هذا الشكل بما يلي :

١ً : الضمور العضلي مزدوج فيه وغير متساوي التوزع ٢ً : يرافقه تفاعل ليفي واضح ٣ً : تشتد فيه الانعكاسات او تنعدم (الشكل التشنجي لتكهف النخاع) ٤ً : يفقد تفاعل الاستحالة ٥ً : وتظهر تشوشات اغتذائية (الداء الثاقب ، والآفات المفصلية) ٦ً : مع تباين حسي الألم والحرور (dissociation thermo-analgésique)

و ـ تناذر آران دوشان في داء شاركو : ـ يمتاز التناذر هنا :

١ً : بكونه متناظراً ٢ً : بترافقه بالتقلص الليفي ٣ً : باشتداد الانعكاسات ٤ً : بانعدام التشوشات الحسية ٥ً : وبظهور تفاعل الاستحالة في العضلات فقط

ز : داء آران دوشان : وما هو الا التهاب النخاع السنجابي الامامي المترقي في الكهل ويمتاز :

١ً : بكونه ثنائي الجانب ٢ً : بمرافقة التقلص الليفي له ٣ً : بانعدام الانعكاسات العظمية الوترية ٤ً : وبانعدام التشوش الحسي

❀❀❀

الحيوينات في الكيمياء الحيوية

٦

للدكتور صلاح الدين مسعود الكواكبي

من مطالعة هذه الجداول تستنبط النتائج العامة الآتية :

١ – ان الحيوين C الذواب في الماء اي ضد الحفر يوجد في اكثر الاثمار الطرية والحبوب الناشطة .

٢ – ان الحيوينات الذوابة في الماء B توجد في عدد كبير من الاغذية النباتية والحيوانية ولكنها توجد بكثرة خصوصاً في المواد الغنية بالنوى الخلوية كخميرة الجعة ، ونبت الحبوبات ، ومح البيض ، والنخاع ، والكبد .

٣ – ان الحيوين الذواب في الماء P اي ضد مرض الفاقة ، يكاد من حيث وجوده في الاغذية يماثل الحيوين C العامل في تنبيه التغذي والحلية .

٤ – ان الحيوين الذواب في الدسم A يوجد بكثرة خصوصاً في الدسم المستخلصة من النسج الفعالة الحيوانية او النباتية ، وفي اقسام النبات الخضر خصوصاً منها الاوراق .

٥ – ان الحيوين الذواب في الدسم D اي ضد الخرع قليل الوجود في الاغذية ولا يرى الا في بعض الاسماك (الحوت ، الهارانغ ، السادرين الخ) وخصوصاً في اكبادهن .

٦ — ان الحيوين الذواب في الدسم E الضروري لحسن سير وظيفة التناسل يوجد في نبت الحبوبات وفي اوراق بعض النباتات .

٧ — ان الحيوينات على وجه عام اكثر انتشاراً في الاعضاء النباتية منها في الاعضاء الحيوانية (الا الحيوين D ضد الخرع الذي يوجد ، على العكس في النسج الحيوانية) .

٨ — ان بعض الاغذية (وعددها في الحقيقة قليل) يحتوي بكثرة على الحيوينات الذوابة في الماء والحيوينات الذوابة في الدسم في آن واحد كالبرتقال والليمون والخس واليخنة والطماطم والاسفاناخ (غنية جداً بالحيوين ضد الخفر) وكالكبد واللبن الطازج ، ومح البيض ، ونبت الحبوبات (هذان الاخيران لا يحتويان على الحيوين العامل ضد الخفر) .

وفي الجدول الآتي نلخص المقادير النسبية التي تحتوي عليها الاغذية من الحيوينات .

جدول يبين المقادير النسبية التي تحتوي عليها الاغذية المعروفة من انواع الحيوينات

نوع الغذاء	نوع الحيوين					
	A	B	C	D	E	P
الخبز الابيض	قليل جداً	++	•	•	•	قليل
الخبز التام	++	++++	•	•	++	+++
المعجنات	•	+	•	•	•	•
الرز	•	•	•	•	•	•
الحنطة الناشطة	++	كثير جداً	•	•	كثير جداً	++++
نبت البقول	++	+++	•	•	++	++
البطاطا	قليل جداً	++	+++	•	•	+
اللفت	قليل جداً	++	++	•	•	+
الجزر	+++	+++	+++	•	•	++
الخس	++	++	++++	•	++++	قليل جداً
الاسفاناخ	+++	++	+++	•	•	+
الفاصولياء الخضراء	+	++	++	•	•	قليل جداً
الحمص الاخضر	+	++	++	•	قليل جداً	•
اليخنة	++	++	كثير جداً	•	•	+
الحرشف	+	++	•	•	•	•
القنبيط	قليل	+	++	•	•	•
الطماطم	+++	+++	كثير جداً	•	•	قليل
البصل	•	++	+++	•	•	قليل
الليمون والبرتقال	++	++	كثير جداً	•	•	قليل

نوع الغذاء	نوع الحيون					
	A	B	C	D	E	P
العنب	.	+	++	.	.	+
النبيذ	.	+	قليل جداً	.	.	قليل
الخل	.	+	.	.	.	قليل
التفاح والكمثرى	.	+	++	.	.	قليل
الموز	قليل	+	++	.	.	قليل
اللوز والجوز	+	++	.	.	++	قليل
السكر	.	.	.	.	.	.
خميرة الجعة	.	كثير جداً	.	.	.	كثير جداً
اللحم المدهن	+	+	قليل	.	++	+++
اللحم الهبر	قليل جداً	++	قليل	.	++	+++
عصير اللحم النيء	.	++	++	.	.	+++
الكبد	++++	+++	+	.	++++	++
النخاع	++	++	.	.	.	+
سمك الهارانغ والساردين	+++	+	.	+++	.	++
ح البيض	++++	++++	.	++	؟	++++
آح البيض	.	.	.	.	.	.
الصدف	++++	++	++++	+	.	؟
لبن طازج	++	++	+	+	قليل	++++
قشدة، وزبدة طازجة	كثير جداً	.	.	++	++	

نوع الغذاء	نوع الحيوين					
	A	B	C	D	E	P
جبنة دسمة	+++	++	٠	قليل	٠	++
دقيق اللبن المزال دسمه	+	+++	٠	++	٠	++++
لبن مكثف ذو سكر	+++	+++	٠	++	٠	++++
السمن الاصطناعي (مرغرين)	قليل جداً	٠	٠	٠	٠	٠
شحم الخنزير	قليل جداً	٠	٠	٠	٠	٠
زيت الزيتون وزيت فستق العبيد	قليل جداً	٠	٠	٠	++	٠
زيت كبد الحوت	++++	٠	٠	كثير جداً	٠	٠

الفصل الخامس

في خواص الحيوينات الفيزيائية والكيمياوية

قد يظن ان تكون الحيوينات مواد سريعة العطب جداً بحيث تتلف بسهولة تامة بتأثير الحرارة اي بفعل الطبخ فقط . على ان الحقيقة ليست كذلك لان من الحيوينات ما يقاوم فعل العوامل المخربة ومنها ما لا يقاوم . فمن اللازم والحالة هذه ان تلاحظ الشروط الملائمة وتجتنب الشروط المعاكسة ولذا كان من المفيد مطالعة خواص كل منها على حدة .

١ — خواص الحيوين C الذواب في الماء (ضد الحفر) . — هو اسرع الحيوينات تلفاً وهو الذي قد كان سبباً في اشتهار الحيوينات بسرعة العطب، لانه سريع التلف في المواد التي يوجد فيها فيتأكسد بسرعة حتى بملامسة الاكسجين الهوائي . ويزداد تأكسده سرعة في البيئة القلوية . اما في البيئة الحامضة فيبطؤ . والحرارة تفعل فعل الاكسجين بل تنضم الى فعله بحيث يتلف الحيوين C بالحرارة في البيئة القلوية سريعاً جداً .

اما الاشعة البنفسجية فلا تؤثر فيه .

هذا الحيوين ينفذ من آلة التحال وهو قابل للاستجذاب (adsorbable) . لكنه يفقد هذه الخاصة ببعض الشروط حتى يصبح متعذر الاستجذاب بتراب القصارين او بماآت الحديد الغروية او بحمض السليس التونغستي ولقد كانت هذه الخاصة مفيدة في استفراده من بقية الحيوينات الاخرى

الذوابة في الماء كالحيوين B مثلًا الذي تستوقفه هذه المستجذبات (adsobants) .

ان الحيوين C ذواب في الماء والغول والخلون ، غير ذواب في الايثر ولا في ايثر البترول ولا البنزين أو الـكلوروفرم .

٢ — خواص الحيوينات الذوابة في الماء والحيوين ضد مرض الفاقة. — ان الحيوين B1 من بين حيوينات هـذه الزمرة هو سريع التلف ولكن ليس بدرجة الحيوين C .

يتأكسد بسهولة ويتلف بالحرارة الرطبة ببعض الشروط وبالحرارة الجافة والقلويات المرققة والفحمات القلوية مما يجعله يقرب من الحيوين ضد الخفر من بعض الوجوه .

اما الاشعة البنفسجية وأشعة رنتكن فلا تفعل فيه .

من صفات هذا الحيوين انه ينفذ من آلة التحال ويستجذبه تراب القصارين (خصوصاً في بيئة غولية) والفحم الحيواني أو النباتي وسليكات الألومين وماءآت الحديد الغرويان . ولما كان اكثر انجذاباً بتراب القصارين من غيره من حيوينات هذه الفئة B امكن استفراده بسهولة من خلاصة خميرة الجعة بمعالجتها بتراب القصارين الاعتيادي فيحصل على ما يسمى بالتراب الفعال (terre activée) العامل ضد المُصاب فقط .

ان الحيوين B1 ضد المصاب ذواب في الماء والغول المتيلي والغول الأتيلي ذي العيار ٧٠ غير ذواب في الايثر والـكلوروفرم والبنزين . يترسب بحمض الفصفور التونغستي ومحلول حمض البيكرولوني (acide picrolonique) المائي ومحلول كلور الذهب الـكلورهيدري .

اذا عولجت خلاصة الجمة بتراب القصارين وفي بعض الشروط تصبح خالية من الحيوين ضد العصاب ومحتوية فقط على الحيوينات الاخرى لهذه الفئة كالحيوين B2 العامل في التغذية والحيوين B3 المنبه لنمو الخلية والحيوين ضد مرض الفاقة .

ان الحيوين العامل في التغذية بالخاصة اشد من هـذا الاخير مقاومةً للأكسدة وتحملاً لفعل الحرارة الجافة والحرارة الرطبة . فلو سخن في الصاد على حرارة ١٢٠° مدة ساعتين لم يتلف أو يتلف منه مقدار لا يكاد يذكر وكذا الحموض في درجة معلومة من الكثافة لا تفعل في هذا الحيوين فعلاً يؤبه له . اما القلويات والقلويات الترابية فتفعل فيه بشدة بحسب درجات كثافتها ومدة التأثير ودرجة حرارة البيئة .

ان الحيوين B2 يتلف بالاشعة البنفسجية وينفذ من آلة التحال . ويستجذبه تراب القصارين بأقل سهولة وسرعة من الحيوين B1 مما يساعد على استفراد كل منهما . ويمكن فصله على وجه أتم اذا استعمل تراب القصارين الجاري وهو ذواب في الماء والغول الأتيلي ذي العيار ٧٠° وحمض الخل .

اما الحيوين المنبه للخلية (الحيوين B3) فهو اشد الحيوينات الذوابة في الماء مقاومة للعوامل المخربة واكثرها ثباتاً . فلا الاكسدة ولا الحرارة الجافة أو الرطبة تتلفه. فمثلاً اذا سخن في الصاد على حرارة + ١٢٠° حتى بملامسة الحموض أو فحمات القلوي لا يتلف . اما القلويات الكاوية فانها تتلفه حتى في حرارة + ١٠٠° في ساعة واحدة . وهو ينفذ من آلة التحال ويستجذبه تراب القصارين بصعوبة شديدة وبطء عظيم . كثير الذوبان في الماء والغول

المرقق والغول ذي العيار ٨٠ ولا يذوب في الغول ذي العيار ٩٥ .

اما الحيوين ضد مرض الفاقة (الحيوين P) فانه يقاوم العوامل المخربة ايضاً ولكن قد جعل بين صنفي الحيوين ضد العصاب B1 وبين الحيوين المنبه للخلية B3 اذ لم تتأيد حتى الآن مقاومته لفعل فحمات القلوي ، وان كان يقاوم فعل الحرارة كالحيوين B1 والحيوين B3 ساعتين في الصاد في حرارة +١٢٠° . لذلك من المؤلفين من يعده من الحيوينات المنبهة للخلية (اي B3) ويسمونه (الحيوين B2) .

ان الحيوين P العامل ضد الفاقة ينفذ من آلة التحال ويستجذبه تراب القصارين ولكن ببطء وهو ذواب في الماء والماء المحمض بحمض ما يذيبه اكثر من الغول ذي العيار ٨٠ .

٣ — خواص الحيوين الذواب في الدسم العامل في النمو (الحيوين A) .—

هذا الحيوين هو اقل الحيوينات الذوابة في الدسم ثباتاً لانه سريع الانفعال جداً من الاكسجين خصوصاً بالحرارة .

اما في غذاء طبيعي كزيت كبد الحوت فيبقى محتفظاً بخاصته زمناً طويلاً بحيث لا يفقد شيئاً من قيمته الحيوانية ولو لبث عدة سنوات في قارورته المحكمة السد بعيداً عن الهواء .

اما الارجاع فاذا جرى في حرارة واطئة لا تجاوز الدرجة (+٥٥) فانه لا يؤثر في هذا الحيوين A .

واما هدرجة المواد الدسمة على طريقة دور الصناعة اي في حرارة (١٢٠ — ١٣٠) فانها تخرب هذا الحيوين . من هذا يتضح لك جلياً ان

الدسم النباتية (المرغرينات margarines) ذات الزيوت الهدرجينية خالية من كل فعل حيويني . اما الحموض المرققة فلا تخربه الا تخريباً جزئياً . والتصبن في حرارة (٣٧ — ٤٠°)بالصود او البوتاس الغولي لا يفعل فيه بالبرودة ، اما في الغليان فانه يُفقده من خاصته الحيوينية مقداراً لا يستهان به ولقد عُزي الى الاشعة البنفسجية تأثير سيء في الحيوين A لكن المؤثر الحقيقي هو الاوزون (ozone) الذي ينتشر في اثناء عمل المصباح الزئبقي .

الحيوين A يذوب في الايثر والبنزين والحلون والكلورفرم . واذا عولج بشيء من محلول ثالث كلور الأثمد الكلور فرمي يبدو لون ازرق غامق هو تفاعل كاربراس (Carre-Price) .

هذا ويجب موقتاً التفريق بين الحيوين A الموجود في الاغذية الطبيعية (كزيت كبد الحوت مثلًا) وبين نوعي الكاروتهن ألفا وبيتا اللذين يحاكيانه تماماً بالخواص الغريزية ويستحيلان داخل العضوية الى الحيوين A بالخاصة.

ان الكاروتهن ، صبغ الجزر المعروف الذي يوجد في كثير من النباتات الطازجة هو سريع التأكسد الذووي (autoxydable) . وهو كثير الذوبان في البنزين والكلورفرم وكبريت الفحم . ولا يختلف النوع ألفا عن النوع بيتا الا بنقطة الانصهار وبكون الاول محولاً للنور المستقطب ، الى اليمين مع ان الثاني لا يفعل في النور المستقطب .

٤ — خواص الحيوين ضد الخرع الذواب في الدسم (العامل D).— هذا الحيوين وان كان اكثر مقاومة للعوامل المخربة من الحيوين A فهو سريع الانفعال من الأكسدة حتى في الحرارة الاعتيادية .

اذا افرد صافياً يفقد ببطء خاصته ضد الخرع بملامسة الهواء . اما محلوله الزيتي فلا يفقد من خاصته شيئاً حتى بعد سنة تامة .

لا فعل للارجاع بحرارة +٥٠ وبالطرق المخبرية المعتادة في هذا الحيوين اما المدرجة بالطرق الصناعية كما في الحيوين A في حرارة أعلى من هذه الدرجة فانها تخربه بعض التخريب .

مقاومة هذا الحيوين للحرارة هي اعظم من مقاومة الحيوين A لها الا ان تكون هنالك اكسدة .

اذا مرّ بخار الماء الحار (بدرجة فوق التسخن) في المواد الدسمه الفعالة يؤثر فيها فيفقدها خاصتها الحيوينية وعلى هذا فللزيوت المستخلصة بمعالجة اكباد الحوت ببخار الماء في الحرارة وبملامسة الهواء خواص حيوينية تختلف جداً باختلاف طرق الاستخلاص الصناعية .

هذا الحيوين كغيره من الحيوينات الذوابة في الدسم يقاوم فعل التصبن وللاشعة البنفسجية فعل مخرب لهذا الحيوين لا يستهان به يخالف تماماً ماهو معروف عن هذه الاشعة من اكسابها بعض المواد العاطلة (كزيت الزيتون واللبن المجفف) خاصة مفيدة ضد الخرع تحول دون تقدم سير هذا المرض بعد عرض هذه المواد على الاشعة البنفسجية مدة مناسبة ، اما العرض على الاشعاع مدة طويلة جداً او اعادة عرض المادة المعروضة قبلًا على الاشعة ، على الاشعة البنفسجية فيفقد هذه المواد فعاليتها المكتسبة .

الحيوين ضد الخرع يذوب في الايثر والغول ولا يذوب في الماء ويعتقد بعض المجربين ان هذا الحيوين المستفرد (ارغوستيرول المشمّع)

يمكن تشخيصه بفحص طيفه الامتصاصي في داخل الاشعة البنفسجية اذ تتميز منطقة وصفية تبلغ حدها الاقصى في ٢٤٧٠ أنغستروم Angstrom (هي وحدة للاطوال القصيرة جداً وتساوي عشر معشار المليمتر أو عشر معشار المكرون أي ١ ٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٫٠ من المتر)

٥ — خواص الحيوين العامل في التناسل الذواب في الدسم (الحيوين E . —

هذا الحيوين أكثر الحيوينات الذوابة في الدسم مقاومةً للعوامل المخربة. فهو قليل الانفعال جداً من الاكسدة. ولا يفعل الاكسجين فيه الا ببطء عظيم جداً. ولا فعل للارجاع والحرارة فيه. فالمواد الطبيعية التي تحتوي عليه يمكن ان تسخن على حرارة + ١٧٠° مدة ساعتين دون ان تفقد خاصتها الحيوينية العاملة في التناسل. ولقد عولج زيت الحنطة الناشطة في الخلاء وحرارة ٢٢٠ — ٢٥٠ درجة مئوية فلم يفقد شيئاً من خاصته الحيوينية العاملة في التناسل.

التصبين لا يؤثر فيه. لكن المادة اللامتصبنة الناتجة يمكن ان تفقد خاصتها الفاعلة اذا بقيت بملامسة الهواء مدة طويلة.

الاشعة البنفسجية لا تؤثر فيه اذا لم تجاوز مدة العرض عليها عشرين دقيقة فقط. اما اذا بلغت ٤٥ دقيقة فيفقد خاصته.

هذا الحيوين لا يذوب في الماء. يذوب في الايثر وايثر البترول والبنزين والكلورفورم والغول الصرف.

ومما يجب التنبيه اليه ان شحم الخنزير اذا جعل مع مرتب غذائي غني بالحيوين E يُفقد هذا المرتب الغذائي خاصته الحيوينية العاملة في التناسل.

المجلد ١٢ الجزء ٨

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣٨ م. الموافق لذي الحجة سنة ١٣٥٦ ﻫ.

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلثا ١٤ كانون الاول سنة ١٩٣٧

بعد ان قرأ امين السر العام محضر الجلسة السابقة نهض خازن الجمعية العليم نظمي القباني والقى تقريراً عن واردات الجمعية ونفقاتها في سياق السنة ١٩٣٧ هذا نصه :

سادتي :

لي الشرف ان ارفع لحضرتكم تقريري السنوي عن موازنة جمعيتنا الطبية الجراحية لعام ١٩٣٧ وهي كما يأتي :

المقبوضات

بارة	غروش سورية	
٥٠	٤٢٢٠٧	المدور من سلفي الدكتور اسعد بك الحكيم
	٤٠٠	فائدة اربعماية ليرة سورية كان اودعها خازن الجمعية السابق في بنك سورية ولبنان عن ستة اشهر اعتباراً من تموز ١٩٣٦

بارة	غروش سورية	
	٢٠٠	اشتراك واحد عن سنة ١٩٣٥
	١٠٠٠	خمسة اشتراكات عن سنة ١٩٣٦
	٤٠٠٠	عشرون اشتراكا عن سنة ١٩٣٧
	١٦٠٠	رسم قبول واشتراك اربعة اعضاء عن سنة ١٩٣٧
٥٠	٤٩٤٠٧	المجموع

اما المدفوعات فهي كما يأتي :

بارة	غروش سورية	
٥٠	٣٣٧	قرطاسية للجمعية بموجب قائمة مؤرخة في ١١ شباط سنة ١٩٣٧
	١٢٨	ثمن دفترين لقيد مقررات الجمعية بموجب قائمة مؤرخة في ١٨ نيسان ١٩٣٧
	٦٠٠	راتب موزع الجمعية السيد علي شاكر لقاء تحارير الجمعية عن ستة اشهر ابتداء من كانون الثاني ١٩٣٧ حتى غاية حزيران ١٩٣٧ .
٥٠	١٠٦٥	المجموع

فاذا طرحنا مجموع النفقات من مجموع المقبوضات يكون الباقي في صندوق الجمعية مبلغاً قدره اربعماية وثلاث وثمانون ليرة سورية واثنان واربعون غرشاً سورياً (٤٨٣٤٢) وهذا المبلغ هو المدور لسنة ١٩٣٨ .

وبهذه المناسبة اسمحوا لي ايها السادة ان ابدي لحضراتكم الملاحظات التالية :

١ - في الجمعية اعضاء لم يسددوا حتى الآن ولا اشتراكاً واحداً منذ انتسابهم الى الجمعية فهؤلاء اقترح ان يعدوا مستقيلين .

٢ - ان بعض الاعضاء سددوا اشتراك سنة واحدة فقط منذ انتسابهم ثم انقطعوا عن الدفع فهؤلاء يجب ان تطبق عليهم احكام المادة الحادية والثلاثين من القانون الداخلي واذا لم يبادروا بعد ذلك الى دفع ما عليهم من الذمم يجب ان يعدوا مستقيلين ايضاً .

٣ - ان بعض الاعضاء غادروا سورية منذ مدة ولا يستطاع تبليغهم ولا هم افادوا قبل ذهابهم عما اذا كانوا يريدون البقاء في الجمعية او الانفصال عنها فهؤلاء ارى ان يعدوا مستقيلين ايضاً منذ الآن .

٤ - ان فئة من الاعضاء لم يسددوا اشتراك السنة الاخيرة فهؤلاء نرجو منهم ان يسددوا ما عليهم من الذمم ايضاً .

وختاماً تفضلوا بقبول الاحترام سادتي

. . . .

ثم تلاه امين السر العام العليم اسعد الحكيم فلفظ هذا الخطاب الجميل مبيناً فيه ما قرىء في خلال السنة المنصرمة من الابحاث الطبية والجراحية وسواها .

تقرير امين السر العام العليم اسعد الحكيم

زملائي الاعزاء

تختتم الجمعية الطبية الجراحية الليلة في هذه الجلسة السنوية سنتها الثالثة مبتهجة بنموها المطرد وتقدمها المستمر مغتبطة بما تتمتع به من حسن السمعة فخورة بما ساد جلساتها من انتظام ونظام وبما اتته على حداثة عهدها من الاعمال والمشاهدات الفنية القيمة على اختلاف الموضوعات الطبية . نذكر منها في الطب الداخلي : الحبسة الرمزية، والفرفرية الرئوية، والهستريا البردائية. وداء ستوكس ادمس الرضي، والسرطان الرئوي البدئي، وتناذر ارب مع ام الدم الابهرية في الشعبة الصاعدة، وداء لثوبرجه، والشلل الدفتريائي، وداء المتمورات القصي، والهذيان المراقي المشترك باهلاس حسية عضوية وبعرض كوتار المسبب عن انحباس قطعة معدنية دقيقة في الحلق وتناذر ارب ووفرة مصادفته عند عرب الشرق الادنى، وحوادث الشلل العام المشاهدة في مستشفى ابن سينا ، ومرض البربري، والافرنجي ونقل الدم .

ونذكر منها في الجراحة الخراج الزحاري الرئوي البدئي، وانفتال القولون السيني، والكيس المائي في منتصف القولون المعترض ، وحادث ناسور في الناحية المعدية متصل بالمشكلة . اما في فن المداواة فهنالك مداواة الرئية السيلانية بالمصل المضاد للمكورات السحائية، ومعالجة البرداء بحقن الدم الذاتي وداء الرقص بالمعالجة الاستعضائية، والتهاب البلعوم واللوزتين بالبزموت .وفي شعب الاختصاص: المستقبل الولادي لعنق الرحم المدوى، والحصاة الانفية

والتهاب العصب البصري خلف المقلة . والتهاب الصفاق الحوضي الناتج عن البزر الصناعي .

ومما تغتبط به الجمعية زيادة عدد اعضائها العاملين ثمانية اعضاء . هم السادة عزة مريدن ، بشير العظمة ، شوكة القنواتي ، احمد الطباع ، اسماعيل الاسطة ممدوح الصباغ ، ياسين العجة ، منير السادات ، وانتسب اليها عضوان مراسلان هما : الجنرال مارتن والكولونل ايشير .

هذا وللجمعية وطيد الامل بان عدد اعضائها سيزداد كما ان جهودها ستتضاعف ويعظم انتاجها في سنتها الرابعة المقبلة التي تستقبلها بنشاط الفتوة وعزيمة الشباب . متطلعة الى المستقبل بعين الطموح والاقدام مقدرة مركزها الاجتماعي حق قدره فهي رمز الحياة العلمية والطبية في البلاد السورية ينظر اليها العالم الخارجي بعين النقد والاعتبار . فهي شاعرة بالواجب متذرعة للقيام به بصحة العزيمة والايمان بالعمل .

وبالختام لا يسعني الا ان اسجل شكر الجمعية لرئيسها العليم سوليه ولاعضائها العاملين الذين اتحفوها باعمالهم ومشاهداتهم ولامين السر العام السابق العليم ترابو الذي يعمل على نشر اعمالها في الصحف الفرنسية وللعليم مرشد خاطر الذي فسح لابحاثها مجالاً في مجلة المعهد الطبي ولخازنها ولاعضاء مكتبها لمؤازرتهم اياي في تنظيم محاضر جلساتها كما اني ارسل تحيتها الى اعضائها الذين انفكوا عنها موقتاً او نهائياً لمغادرتهم البلاد السورية .

....

وتلاه رئيس الجمعية الـكولونل سوليه فارتجل خطاباً لطيفاً نلخصه بما يلي:

خطاب الرئيس السابق العليم سوليه

زملائي الاعزاء

يجب عليّ قبل ان اترك كرسي الرئاسة الذي اوليتموني الشرف بالجلوس عليه ان اوجه اليـكم كلمة الشكر لمثابرتـكم على حضور الجلسات وللباقة التي ازدانت بها مناقشاتـكم .

واني اعني امنية منـكم في هذه الجلسة الاخيرة التي تجمعنا وهي ان تعنى جمعيتـكم بدرس الامراض المنتشرة في سورية درساً خاصاً لانني على يقين انـكم لو اوليتم هذه الناحية بعض اهتمامـكم واتيتم على نتيجة اختباركم الطويل عن الديدان المعوية وداء المتحولات (amibiase) المعوي واختلاطاته ، وحبة حلب والخ . . لـكان منها ما يفيد العالم الطبي الفائدة الجلى .

ايها السادة

ان هذه الاسابيع الاخيرة من رئاستي لجمعيتـكم هي في الوقت نفسه الاخيرة التي اصرفها في سورية وانني لـكبير الاسف، وارجو منـكم ان تحققوا ذلك ، ان اترك بلادكم الجميلة .

فقد لقيت في خلال هذه السنوات الاثنتي عشرة التي صرفتها في سورية من الصداقة والاشتراك بالعمل المثمر مع من تجمعني بهم هذه القاعة ما لا يمحى اثره من ذاكرتي ، وما اشكرهم عليه شكراً مقروناً بعرفان الجميل .

ان اول من استقبلني في دمشق هو الاستاذ ترابو الذي تقدرون جميعـكم

مواهبه العالية فقد ترك الجيش مخصصاً نفسه لدرس الامراض الاقليمية السورية ولا يخفى ما لهذا الامر من القيمة .

ولقيت في السنتين اللتين قضيتهما في معهد الطب العربي من عطف الرئيسين منيف العائدي ومصطفى شوقي ما اذكرة بمزيد الشكر . ومن الاستاذين مرشد خاطر ونظمي القباني ما ينم على صفات عالية وصداقة غالية

وقبل ان ادعو العليم يوسف عرقتنجي مدير الصحة والاسعاف العام في الجمهورية السورية الى الجلوس في كرسي الرئاسة ليسمح لي ان اذكره بالصلات التي تجمعنا منذ السنة ١٩١٩ . فقد وضعنا كثيراً من المشاريع المتعلقة بالصحة العامة في سورية غير ان معظمها لا يزال نائماً في ربائد الوزارات فعسى ان يحقق بعضها في ايامه .

. . . .

ثم جرى الاقتراع السري فاسفر عن النتيجة التالية

نائب الرئيس	العليم منيف العائدي
الكتومان	« انستاس شاهين « عزة مريدن
الخازن	« نظمي القباني
امين السجل	عبد الغني الحملجي

وعينت لجنة لتدقيق حسابات الخازن مؤلفة من السادة : مرشد خاطر ، جمال نصار ، منير السادات شوكت القنواتي ، ياسين الفحه . على ان تقدم تقريرها في الجلسة المقبلة

ثم اعتزل الرئيس السابق الكولونيل سوليه كرسي الرئاسة ودعا اليه الرئيس الجديد العليم يوسف عرقتنجي مدير الصحة والاسعاف العام فلفظ سعادته كلمة كلها ثناء على الرئيس السابق هذا نصها :

خطاب الرئيس الجديد العليم عرقتنجي

زُملائي الاعزاء :

اني ارغب في ان ابين لكم ما يحويه قلبي من الشكر لِما أوليتموني من الثقة بانتخابي رئيساً لاجتماعاتكم . وان جمعيتكم المؤسسة منذ ثلاثة أعوام لا تزال أعمالها بفضل التواد وحسن الاتفاق بين اعضائها آخذة بالتوسع وعدد اعضائها بالازدياد وقيمة اعمالها العلمية بالارتفاع واني لمتيقن ان تتبعكم المفيد للعلم سيزداد بفضل مواظبتكم على هذه الاجتماعات التي تدفعكم اليها عواطف سامية والتي نرى نحن الاطباء ان من احبها الينا حب الصنعة .

زملائي الكرام

ان من اعظم منح هذه الرئاسة عندي هو التعبير عما في صدورنا من شعورٍ نحو الرئيس السابق الطبيب الكولونل سوليه

يا حضرة الكولونيل

يهمني جداً ان أبدي لكم بمناسبة سفركم المقبل باسم اعضاء الجمعية الطبية الجراحية بدمشق وباسمي الخاص الاسف الذي سيتركه سفركم هذا في سورية وقد قدركم الجميع منذ السنين العديدة حق التقدير اثناء قيامكم بمهماتكم :

رئاسة الجمعية الطبية الجراحية بدمشق ، جراحة المستشفى العام ، رئاسة اطباء المستشفى العسكري . المستشارية الفنية للصحة والاسعاف للجمهورية السورية . ان اقامتكم الطويلة في سورية لم تكن عبثاً وان خصالكم العالية ونجابة اصلكم الفرنسي وجدكم وعلمكم وتواضعكم وكرم اخلاقكم وشرفكم العسكري ستكون لنا مثلاً ودرساً . وانكم ستغادرون الشرق عائدين منه الى فرنسة متممين عملكم مرتاحي الضمير والوجدان . وبالختام نرجو يا حضرة الكولونيل قبول فائق احتراماتنا واننا نتمنى لكم ولاسرتكم الكريمة السعادة والهناء .

. . . .

واقترح العالم مصطفى شوقي رئيس المعهد الطبي بعدئذ ان تشترك الجمعية الطبية الجراحية بالمؤتمر الطبي المصري العاشر الذي تعقده الجمعية الطبية المصرية في بغداد في ٩ شباط سنة ١٩٣٨ اشتراكاً علمياً ورغب في ان يقيد المشتركون اسماءهم في الجلسة نفسها فأجل البحث في هذه القضية الى جلسة كانون الثاني المقبلة .

ثم ارفض الاجتماع والاعضاء جميعهم مغتبطون بسير الجمعية في خلال سنواتها الثلاث ومثنون على همة امين السر العليم أسعد الحكيم الذي ادار دفتها في سنتها الاخيرة بكل حكمة وسداد وراجين لها في ظل رئيسها الجديد وامين سرها النشيط التقدم والازدهار

م . خ .

. . . .

جلسة الثلثا ١١ كانون الثاني ١٩٣٨

بعد قراءة محضر الجلسة السابقة والتصديق عليه قرىء :

١ً – تقرير اللجنة المعهود اليها بالنظر في حسابات الخازن عن سنة ١٩٣٧

٢ً – بحث العليمين ترابو ومرشد خاطر في تشنج وجهي نصفي مزمن معالج بطريقة سيكار : هو تشنج وجهي نصفي ايسر شعر به المريض اذ افاق من نومه شبيه بلقوة سابقة يجنى تسترها الآن علامة شارل بال . وقد افضت كحولة (aicoolisation) العصب الفكي العلوي التي اجريت خطأً مع ان التشنج لم يكن قط مؤلماً الى زوال التشنج الآني غير ان الشفاء التام لم يقع الا بعد كحولة العصب الوجهي ثانيةً في الثقبة الابرية الخشائية . ويستطاع تعليل هذا التحسن بكحولة الفكي العلوي ببؤرة تخرش في منطقة هذا العصب محدثة لتشنج العصب الوجهي انعكاساً ويمثل العصب الفكي العلوي القوس الواردة لهذا الانعكاس والعصب الوجهي قوسه الصادرة فتكون الكحولة الاولى قد افضت الى قطع وظيفة قوس الانعكاس الواردة اي العصب الفكي العلوي .

المناقشة : العليمان عزة مريدن ، ترابو .

٣ً – بحث العليم اسعد الحكيم في خلاصة اعمال مستشفى الوليد (للجذام) السنوية : كان عدد المجذومين الذين دخلوا المجذمة في السنة ١٩٣٧ سبعة واربعين آتين من فلسطين ولبنان وسورية وبلاد العلويين . وكان الجذام الجلدي المخاطي ابرز الاشكال فيهم . وقد عولجوا بحقن تحت الجلد بزيت

الشولموغره الغيا كولي، وحقن الوريد بالايثر الاثيلي، وجرع صابون الشولموغره وتوصلت هذه المعالجة الى محو الآفات الظاهرة محواً باتاً وتحسين حالة الخور (neurasthénie) تحسيناً محسوساً .

المناقشة . العلماء ترابو ، اسعد الحكيم ، شارل

م · خ ·

. . . .

تشنج نصفي وجهي مزمن عولج بطريقة سيكار

للعليمين ترابو ومرشد خاطر

محمد علي الريحاوي عمره خمسون سنة ، دخل المستشفى العام مرتين مصاباً بتقفع عضلات الوجه اليمنى الذي بدا فيه منذ شهرين ونصف الشهر كان عائداً من عمله اذ لفت احد اصدقائه نظره الى ان وجهه متغير الشكل فبدا له ان ينظر في المرآة فشاهد فمه منحرفاً الى الأعلى والايمن ونصف الوجه المناسب منجراً الى الاعلى والوراء مع انغلاق العين الموافقة ، فالحالة اذن تشنج وجهي ايمن مستولٍ على مجموع الناحية التي يعصبها العصب الوجهي وقد حدث هذا العارض بلا ألم قط حتى ان المريض لم يشعر به بل شاهده في الصباح حين النهوض من النوم ، وهذا التشنج مع اتجاهاته الى الاعلى والاسفل تكراراً لم يتبدل مطلقاً منذ حدوثه ولم تؤثر فيه المعالجات ، صفصافات الصودا وسواها .

ولقد كشف الفحص السريري حين دخول المريض المستشفى للمرة الثانية ان العضلات المعصبة بالمثلث التوائم كانت سليمة ، فالمضغ وحركات الفك الجانبية لم يصبها شيء ، وفي سوابق المريض جدري في ايام الطفولة ، ورييض (حمى نمشية) في اثناء الحرب العامة وهو خالٍ من الافرنجي والتهاب الدماغ الوبائي وقد اصيب بلقوة يسرى سببها البرد لم تشف بعد الشفاء

التام فالعين الموافقة لا تزال فيها علامة شارل بال مع اتجاه الى انغلاق الاجفان وتفاعل واسرمان سلبي في الدم ، والبولة الدموية ٦٥ ٪ .

قررنا كحولة (alcoolisation) العصب الوجهي وارسل المريض الى شعبة الجراحة لهذه الغاية .

ادخلت ابرة بوشه في المرة الاولى ٦ — ٧ سانتمترات بحسب الطريقة المعروفة في الحفرة الجناحية بجوار الثقبة المدورة الكبيرة حيث يمر العصب الفكي العلوي وحقن بـ ٢ — ٣ سم٣ من محلول النوفوكايين المئوي وبعد دقيقة حقن بسنتمترين مكعبين من كحول درجتها ٦٠ ، فزال التشنج كل الزوال بعد دقيقتين او ثلاث دقائق والعين التي كانت منغلقة حتى ذلك الحين انفتحت غير ان التشنج عاد بعد ايام فاجرينا حقنة ثانية بحذاء الثقبة الابرية الخشائية حيث مخرج العصب الوجهي من القحف . ادخلت الابرة امام ذروة الناتىء الخشائي بسنتمتر واحد مائلة نحو الاعلى والانسي حتى اصطدمت بالقبة الابرية الخشائية وحقن بـ ٢ — ٣ سانتمترات مكعبة من كحول درجتها ٦٠ فزال التشنج هذه المرة ولم يعد ابداً .

. . . .

ان هذه المشاهدة مفيدة من نقاط عديدة فالمريض اصيب بلقوة (فالج وجهي) يسرى بدت خلسة كالتشنج الوجهي المقابل ، فلا شك ان هذه وذاك سببهما واحد لان التشنج النصفي الوجهي الاساسي واللقوة التي ظهرت صباحاً سببهما البرد فالملاحظة الاولى التي يجب الانتباه لها هي ان التشنج النصفي لم يبدُ في الجهة الموافقة للقوة السابقة وليس التشنج

النصفي الوجهي قسرياً كيف لا والعلامات الاخرى المصبية المشاركة لا اثر لها ولو انها وجدت لما كانت خضعت للكحولة وهـذا ما يقال في اللقوة لان المرض استعصى على جميع المعالجات المستعملة .

ان كحوله العصب الفكي العلوي مع انه لم يشف التشنج شفاء مطلقاً أزاله موقتاً ، وهذا ما حدا بنا الى لفت انظاركم الى هذه المشاهدة وتعليل الحادث الذي نقدمه لكم والذي نشرحه على الشكل الآتي : ان الآفة هي تشنج نصف الوجه المؤلم مع تقلص العضلات التي يعصبها الوجهي وألم في ناحية المثلث التوائم . ففي مثل هذه الحالة لا بد من التسليم بمنعكس ذي محور متجه نحو المركز الى العصب المثلث التوائم ومحور آخر صادر عن المركز الوجهي باشتباك نوى المثلث التوائم والوجهي ، فالالم في هـذه الحال سبب الفعـل المنعكس ، ويجوز التسليم في هـذه الحادثة بوجود بؤرة تخريش خفية في ناحية العصب الفـكي العلوي يعلل بها زوال التشنج النصفي بانقطاع القوس الانعـكاسية انقطاعاً خلقياً . ان كحولة المثلث التوائم محت الالم والتشنج في نصف الوجـه المتشنج المتألم ومهما يكن فقد انتظرنا عودة التشنج في مريضنا ثانية بعد الحقنة الاولى لنعود الى الطريقة الوحدة الناجعة في هذه الحال وهي كحولة الوجهي بحذاء الثقبة الابرية الحشائيه وهذا ما صنعناه واعطانا النتيجة الحسنة وسينبئنا المستقبل عما اذا كانت هذه النتيجة ثابتة ام لا .

المناقشة : العليم عزة مريدن انى انسب زوال التشنج في الكحولة الاولى الى فعل النوفوكائين المخدر .

العالم ترابو : قد خدر بالكوكائين الجديد العصب الفكي العلوي الذي لم يكن يشكو اقل ألم . فكيف تعلل ان تخدير العصب الفكي العلوي قد افضى الى محو تشنج العصب الوجهي اذا لم تقر بالانعكاس الفكي الوجهي؟ فوجهة نظرك تثبت فرضيتنا وهي ان الكوكائين الجديد قد قطع غريزياً قوس الانعكاس الحسية التي ذكرتها .

خلاصة اعمال مستشفى الوليد للجذام السنوية

للعليم اسعد الحكيم طبيب مستشفى الوليد

ان مستشفى الوليد بالنظر لوقوعه بعيداً عن مركز دمشق وبالنظر لاختصاصه بناحية طبية غير مألوفة لندرة حوادثها في دمشق وهي الجذام ما زال مجهولاً لدى كثير من الاطباء ولهذا احببت تعريفه في هذه الجلسة بمناسبة مرور سنة على افتتاحه .

ليس الجذام حديث العهد في سورية بل هو مرض مستوطن فيها منذ العصور القديمة جاءها مع من هاجر اليها من الاقوام وغزاها من الفاتحين على اختلاف اجناسهم ومواطنهم. ويستدل من الاخبار التاريخية والاحاديث المتعلقة بالجذام على انه كان متفشياً فيها بصورة مستولية في الازمنة القديمة شأن كل مرض سارٍ في بدء ظهوره وقد عرف الاقدمون سرايته فقضت شرائعهم بعزل المجذوم والابتعاد عنه . واول ملجإ بني للمجذومين في سورية هو دار الجذام التي امر بانشائها الخليفة الاموي الوليد بن عبد الملك سنة ٨٨هـ الموافقة لسنة ٦٥٨ م . خارج باب دمشق الشرقي . وجمع فيها المجذومين وعزلهم عن الناس وامر لهم بكل ما يحتاجون اليه من مال ولباس ثم جاء الملك العادل نور الدين في القرن الحادي عشر فاوقف عليهم عدة قرى ينفق ريعها على اعاشتهم ومعالجتهم . وما زالت هذه الدار باقية الى يومنا هذا وكان يأوي اليها المجذومون من جميع انحاء العالم العربي حتى اوائل السنة الماضية ثم في القرن الثامن عشر اوقف احد المحسنين اللبنانيين سعد الخوري

داراً في دمشق في حارة حنانيا قرب باب المدينة الشرقي . جعلها للمجذومين المسيحيين وذلك تخليداً لشفاء ابنة له برئت من الجذام في دمشق . ولما كان وجود هذه الدار داخل المدينــة بين الدور الآهلة بالسكان لا يفي بالغاية المتوخاة وهي عزل المجذومين عن الاصحاء . كما ان حالة دار الجذام القديمة اصبحت متداعية لا تساعد على ايواء المرضى ولا تأتلف مع مطالب الفن في العصر الحاضر سعت مديرية الصحة والاسعاف العامة في دمشق الى انشاء مستشفى للمجذومين على الطراز الحديث من اموال المصالح المشتركة باعتبار انه سيضم مرضى البلاد الواقعة تحت الانتداب الفرنسي جميعاً . وقد تـكلل سعيها بالنجاح . وبالنظر لتوسع مدينة دمشق وامتداد ابنيتهـا نحو الشرق وطغيانها على دار الجذام القديمة بني المستشفى الجديد بعيداً عنها في القصير على مقربة من مستشفى ابن سينا واطلق عليه اسم مستشفى الوليد تخليداً لذكر المنشيء الاول وقد باشر عمله في بدء السنة الماضية .

بلغ عدد المجذومين الذين عولجوا في مستشفى الوليد سنة ١٩٣٧ ٤٧ مريضاً منهم ١٩ امرأة وولدان و ٢٦ رجلًا ـ ومنهم واحد فلسطيني و٥ لبنانيون وعشرة سوريون وواحد آشوري و ٢٩ من العلويين . ومن هؤلاء المرضى ٢٢ متزوجون منذ عدة سنوات وازواجهم اصحاء لم تسر العدوى اليهم كما ان لثلاثة عشر مريضاً منهم اولاداً بحالة الصحة . وقد تبين ان المرض موجود في أسر ١٤ مريضاً وغير موجود في أسر الباقين

وقد شوهد النوع الجلدي والجلدي المخاطي في ٢٨ والنوع العصبي في ١٧ والنوع الخفي في واحد والنوع الدريني في واحد .

وجل هؤلاء المرضى كانوا مأوفين بقروح واسعة عميقة . وبتخريبات مشوهة وائتكالات عظمية وخشكريشات ونواسير وغير ذلك كما ان ١٦ منهم كانوا مصابين بآفات عينية مختلفة على جانب من الخطورة

وقد شوهدت عصيات هانسن مثبتة في ٢٧ مريضاً في النسيج المخاطي الانفي منذ دخولهم المستشفى . وظهر التفاعل المصلي بطريقة مينيكه مثبتاً بنسبة ١ في العشرة ومشكوكاً فيه بنسبة ٤ ٪ . وكانت الدرجة البصرية بالفرن بيريتينول في سبعة مرضى من ١٦ مرتفعة جداً اصغرها ٤١ والعظمى ١٤٩ .

عولج هؤلاء المرضى تباعاً بمركبات الشولموغره الزيت المعدل الغيا كولي حقناً تحت الجلد والزيت المعدل حقناً في الوريد والايثر الميتيلي حقناً في العضل وذلك مرتين في الاسبوع وأعطي المرضى صابون الشولموغره في الفواصل وقد استعمل الازرق الميتيلي حقناً في الوريد في ثلاثة مرضى ولم تكن نتائجه تمتاز على مركبات الشولموغره الآنفة الذكر .

وغب هذه المعالجة شوهد التحسن واضحاً في جميع المرضى فزاد وزنهم ولطفت طباعهم وازدهرت صحتهم . وقد خرج منهم عشرة بحالة الشفاء النسبي قروحهم مندملة تماماً وقد عاد اليهم حس الحرارة والألم وجاء تحري عامل المرض في اغشية انوفهم المخاطية سلبياً .

هذا والمستشفى مجهز اليوم لزيادة عدد مرضاه الى الثمانين في نهاية هذا الشهر وسأوافيكم بوصف مسهب للانواع الجذامية المشاهدة على وفرة اختلاف اشكالها في احدى الجلسات المقبلة .

المناقشة

العليم ترابو : قلت ان المعالجة قد لطفت طباع مجذوميك فماذا تعني بذلك؟

العليم اسعد الحكيم : ان المجذومين في الغالب حزانى قريبون الى الخور وميالون الى العزلة والانفراد والاعتداء على من يقوم باداوتهم. وقد حسنت المعالجة هذه الحالة النفسية فيهم .

العليم ترابو : اتعد هذه الحالة العقلية في المجذومين جزءاً من مشهد المرض السريري وبعبارة اخرى أيحدث الجذام نفسه هذا التشوش النفساني ؟

العليم اسعد الحكيم : ان الجذام يحدث هذه الحالة اعتنافاً (indirectement) فان المجذومين قبل المعالجة يكونون كما قلت حزانى وميالين الى الشر والاعتداء لانهم يشعرون انهم قد عزلوا عن هذا العالم ومنعوا الاختلاط بمن فيه ولانهم يخشون خيبة المعالجة فيهم ولكنهم بعد ان يروا ان آفاتهم الظاهرة قد امحت وانهم قد اتجهوا الى الشفاء يعود الامل الى نفوسهم وتلطف طباعهم

العليم شارل : أتنشط الشهوة التناسلية في المجذومين نشاطها في المسلولين كما يروى؟ انك تعلم قصة تريستن وايزولت التي اتخذها وغنر موضوعاً لأجمل رواياته .

العليم اسعد الحكيم : لا يختلف المجذومون عن الاصحاء في هذه الناحية ما زالت اعضاؤهم التناسلية خالية من آفات الجذام .

❀❀❀

محاضرة عن الامراض المحلية

في معهد دمشق الطبي

الالوان والاصبغة البردائية

للعليم . ج ترابو استاذ السريريات الطبية

ترجمة طالب الطب السيد محمد وحيد الصواف

آنساتي ، سادتي !

ألا تتمثل لأنظاركم لدى سماعكم هذا العنوان الذي اخترته لمحاضرتي اليوم ، اللوحات الجميلة الفتانة لبعض مصورات درس الدماء ؟

أكانت في عنبر المخابر الصباغي قبل ان كشف لافران الحيوان الدموي ، هذه المحاليل الملونة المديدة التي استعملت منذ ذلك الحين في درس الحيوان الجديد وتحريه ؟

انها لعبقرية عظيمة تدل عليها هذه الطرق المختلفة في التلوين منذ استعمال الملونات المشتركة للنوى والهيولى كزرقة المتيلين المبورقة وزرقة لوفلر ، والتيونين الفيني والهيماتوكسيلين ايوزين ، حتى الملونات المختلطة التي يتباين فيها لونا المنصرين الحلويين والمشتقة جميعها من طريقة رامانوفسكي الى طرق جانر ولايشمان ولافران وغيمزا المستعملة في يومنا هذا . ألا يشبه علماء البرداء هؤلاء النقاشين الدقيقين المنحنين على لوحات زخارفهم الدقيقة ؟ على اللوحة الملونة بمزيج من الزرقة والحمرة نرى الكريات الحمر التي تحمل

الطفيلي بارزة كأنها الشعار : شعار البرداء ، والتي يمكن وصفها اذا تصرفنا باستعمال لغة فن الاشمرة بانها جسيم مركزي من الصيني الاحمر (gueules) في هيولى زرقاء على حقل من الورود ! هذا هو المنظر الذي يتراءى لنا متى انار شعاع شمس حامية محضراً ملوناً بطريقة غيمزا بنوره الساطع ! الاقاسيم والاعراس او الاجسام الوردية التي تترقط زرقتها بلون الجسيمات الاحمر تسبح في دوائر الكريات الحمر الوردية .

وهكذا عند ما يكون تشخيص البرداء ايجابياً تنضم الى لذة كشف منشاء الداء والى لذة التأكد من شفاء المريض بالكينين لذة جديدة هي لذة النظر الى تحفة فنية خلابة !

∴

ان هذه التذكرة التي اتينا بها عن طرق فحص الدم تحقق القسم الاول من عنواننا الذي يتمم من الوجهة السريرية درسنا السابق عن اليرقانات . فلنذكر لون ملتحمات المرضى ولحمهم: هذه المجموعة من الالوان المتدرجة منذ الاصفر الشاحب في اليرقانات الدموية المنشاء اجمالاً الى الاصفر الفاقع في اليرقانات الكبدية حتى الاصفر ذي الانعكاسات الخضر والحمر في الحميات الصفراوية المتموجة . ولنذكر ايضاً الوان البول المختلفة : البول الضعيف اللون في اليرقانات الخالية من البيلة الصفراوية (acholuriques) . والبول الاحمر في اليرقانات مع بيلة صفراوية (choluriques) والبول الاحمر القانىء او الاسود البني في الحمى الصفراء ذات البيلة الخضابينية (hémoglobinurique) وان البراز ايضاً يشترك في هذه التغيرات اللونية فيزول لونه في انحباس

الصفراء والاصبغة في قصور الكبد ويصفرّ الى الخضرة في اليرقانات الصفراوية الدموية .

ولنترك الآن جانباً مجموعة الالوان الصفر ولننتقل الى المجموعة الحمراء وبما اننا اتينا على ذكر اللون الاصفر ذي الانعكاس الاحمر في الحميات الصفراوية نبدأ بذكر الفرفرية البردائية حيث كثيراً ما تطمو البقع العقيقية على لون اليرقان الشاحب

ان الفرفرية البردائية قليلة نسبة. وقد امسك عن ذكرها كثير من العلماء منهم لافران وفنسان وريو (Rieux) الا انها ذكرت مرتين :

الاولى في مجموعة غرال وكلاراك القديمة في ابحاث غرال ومارشو والثانية في موءلف سالانو ايبان (Salanoue-Ipin) عن امراض الجلد الغريبة .

فقد كتب غرال ومارشو : « لم نشاهد الفرفرية خارج دور الدنف الا في الاطفال في السنتين الاولى والثانية من عمرهم . » وكتب سالانو ايبان : « ان ما يهمنا بصورة خاصة بين الفرفريات الإنتانية هو الفرفرية البردائية هذا الاختلاط المرتبط دوماً بالشكل الصيفي الخريفي من البرداء لان جميع المشاهدات التي ذكرت كان الدم فيها يحوي حيوانات دموية من النوع الثلث الخبيث وكان المرضى فيها ايضاً مصابين دوماً بفقر دم شديد . وقد ذكر اخيراً غايد (Gaide) حادثة مشتركة مع الشرى .

ان اهمال ذكر الفرفرية في احدث الكتب الطبية واكبرها او ذكرها بالاختصار الزائد يدلان حتماً على ندرة الفرفرية النسبية الا انني أريتكم عدة مرات لطخات فرفرية على لحف مرضانا مما يثبت تأكيدات سالانو ايبان

وهي ان الفرفرية ليست نادرة الا في الحميات السليمة الربع والثلث . اما في الحميات الثلث الخبيثة التي تكثر في بلادنا (سورية) فكثيراً ما تصادف وقد شاهدت بنفسي في السنة ١٩٢٩ خمس حادثات من الفرفرية في الجنود الفرنسيين وقمت في ناحية نهر بيروت وقد كشف فحص الدماء المصورة المبكرة في ثلاث منها اما الباقيتان فقد حدثتا ايضاً في المخيم نفسه في ناحية نهر بيروت وهي ناحية تبين لنا ، اثناء تحقيق قمت به برفقة مفتش الصحة دلماس لنرفع به تقريراً الى عصبة الامم ، انها بوءرة للحمى الخبيثة .

وقد حددنا للسنة نفسها نسبة الاصابات بالفرفرية البردائية في الجيش الفرنسي المعسكر في تلك المنطقة بـ٢،٥ ٪ .

فيظهر اذاً ان الحمى الثلث الخبيثة هي الشكل المولد للفرفرية البردائية . وتتصف هذه متى لم ترافق يرقاناً وخيماً بكونها بسيطة مكونة من لطخات حمر عقيقية لا تزول بضغط الاصبع ، قليلة العدد تظهر في مرضى مصابين بفقر الدم الشديد وتستقر على الاكثر في الطرفين السفليين كما تستقر احياناً في جميع نواحي البدن محترمة الوجه دائماً .

اما صفات الدم فقريبة من الطبيعية اذا اعتبرنا مشاهداتنا الخاصة . فمدة التخثر تتراوح بين ٣ — ٥ دقائق وعلامة الخيط سلبية وانقباض الخثرة معتاد

واذ اعتبرنا ان في بول مرضانا الفرفريين دائماً كمية وافرة من الاوروبيلين واحياناً كمية من النيلة «indican» ونادراً اصبغة وملاحاً صفراوية وان بيلة سكرية اغتذائية شوهدت مرة في احد هوءلاء المرضى امكن ان تعزى الفرفرية البردائية — كما نعزوها نحن — الى قصور كبدي خفيف.

ذكر غايد (Gaide) انه رأى الشرى الى جانب الفرفرية فهل من شرى بردائي تختلط لوحاته الحمر مع لطاخات الفرفرية ؟ يشبه ابرامي وسانافه (Abrami et Senevet) هجمة البرداء بنوبة تزعزع دم يكون فيها الآحين الاجنبي المحدث للنوبة عبارة عن اجسام الحيوانات القسيمة (mérozoïtes) المنبثقة حديثاً ، وتسهل هذه النظرية فهم حدوث الشرى البردائي بعض السهولة .

غير ان حادثة غايد ليست مفردة فقد ذكرت حوادث اخرى لوحظ فيها الشرى في سياق البرداء الخبيثة حيث يتصف بظهور لوحات وردية او بيض ، خفيّة احياناً واحياناً متصلة ، تظهر باكراً جداً او اثناء زوال النوبة وقد تكوّن احياناً النوبة برمتها نظراً لفقد الحرارة التام حين ظهورها . ويكثر الشرى في الفتيات ذوات الجهاز الحركي الوعائي اللطيف حيث يتجدد كل شهر اثناء الهجمات الحرورية التي يوقظها الطمث . أضف الى ذلك ان الشرى سواء رافقته وذمة ام لم ترافقه ليس التظاهرة اللونية الوحدة في الفتيات فقد شوهدت فيهن الحمامى المعقدة والاندفاعات القرمزية الشكل هذا عدا الحبيبات الدخنية التعرقية التي ترافق في البلاد الحارة كل ارتفاع حروري في الجنسين سواء أكان ناجماً عن البرداء او عن اي حمى بلدية اخرى .

. . . .

لقد كدنا ننتهي من ذكر الالوان البردائية المرئية وننتقل الآن الى ذكر الاصبغة البردائية هذه الاقسام الصغيرة الملونة المجهرية التي تنشأ وتتكون في ملء الاعضاء او في الخلايا . وبعضها خاص بالملاريا وبعضها

الآخر وان ظهر في الملاريا فانه يظهر في جملة حالات مرضية اخرى .

فاذا فحصنا دماً بردائياً ساعة او ساعتين قبل حدوث نوبة الحمى المتقطعة شاهدنا في دائرة الكرية الشاحبة حيوانات دموية بحالة الاقاسيم وحبيبات صباغها اسود قاتم أو محمر هي حبيبات الهيموزوئين (hemozoïne) وبعد مرور مدة تجتمع هذه الحبيبات المبعثرة في البدء، جماعات خطية آخذة احياناً شكلاً مشععاً ثم تتكتل كتلة او كتلتين تتوضعان في المركز تقريباً بينما تنقسم الهيولى كريات يؤلف مجموعها الجسيم الوردي وتنبثق الكرية المريضة في النهاية محررة الاقاسيم كما تحرر ايضاً كتل الاصبغة التي تكون لقمة سائغة تلتهمها البلعمات . اما الحيوانات القسيمة فتدخل كريات حمراً جديدة وتتحول فيها الى اقاسيم جديدة لا تلبث ان تترقط بارقاط الهيموزوئين الدقيقة . . . . وقد ينمو بعض الاقاسيم فيستحيل الى اعراس وهي انواع متميزة الجنس من الطفيلي توجد فيها الاصبغة ذاتها .

فاذا نظرنا مثلاً الى الاعراس، وهي هذه الأهلة التي تعرفونها حق المعرفة وكثيراً ما شاهدتموها في مرضاكم الميدانيين، نرى ان جسيمات الهيموزوئين الابرية الشكل تجتمع في وسط العروس او في احدى نهايتيه ، كثيرة التراص في الانثى منه ومبعثرة قليلاً في الذكر، متحركة حركة اهتزازية ترى جيداً اذا فحص الدم طرياً او بالنقطة المعلقة . وتشترك هذه الاشكال المتميزة الجنس في دور نمو الطفيلي الخارجي حيث تتزاوج في جسم بعوضة خبيثة . فلنتركها اذاً تكمل « رحلتها الزوجية » ولنعد الى الهيموزوئين الذي يحرر مع الحيوانات القسمية . ان هذه الجسيمات الصباغية تنتظرها الكريات

البيض وتبتلعها حال تحررها .

فاذا فحص الدم في اثناء العرواء البردائية نجد الكريات البيض فيه محشوة بحبيبات او بالحري بكتل صغيرة من الهيموزوئين واذا تبعنا هذه الكريات حتى الطحال بأن بزلنا هذا العضو نرى ان هذه الكتل الضباغية تستقر ليس في بالعات الكبير (macrophages) وحدها بل في خلايا صغيرة طحالية ايضاً وفي خلايا فارشة العروق المغذية للطحال . نستنتج من ذلك ان مستودع الاصبغة البردائية البدئي هو الطحال ومنه تنتشر الى الكبد بواسطة الوريد الطحالي ومنها تتوزع في جميع انحاء البدن .

. . . .

وما هي طبيعة هذا الصباغ الناشيء في ملء اجسام الحيوانات الدموية ؟ يقول فرن (Vernes) في تعريفه انه : «محصول تنكيث (désassimilatin) ينشأ على وكس خضاب الدم، اختزنته المصورات بشكل مركب كيماوي عديم النفع لا يدخل في التطور العام . » وهو صباغ غير منحل في الحوامض القوية، يتغير بتماس البوتاس ويحل تماماً وبسرعة فائقة في سولفيدرات الامونياك . ويمتاز طيفياً عن الهياتين بكونه ينشأ بحسب براون (Brown) من هضم خضاب الدم بخميرة حالة للهيولين يفرزها الطفيلي وهذه الخميرة تحلل وترسب الهياتين . ويمتاز ايضاً كيماوياً عن القتامين (Mélanine) وبما ان العادة جرت خطأ ان يطلق اسم « الاصبغة القتامية » على صباغ الملاريا وان يطلق اسم « الخلايا المولدة للقتامين » على الخلايا المضرجة به لذا يستحسن لفت النظر الى إيضاح هاتين المادتين وتمييزهما .

فالقتامين مادة تنشأ من تحولات تطرأ على بعض الاورام التي تلقي هذا الصباغ حراً في الدوران العام فيخرج منه الى البول. ويظهر القتامين بشكل حبيبات سمر محمرة يجتمع احياناً اسطوانات قصيرة ترى في شعريات الكبد وفي وريد الباب ووريد ما فوق الكبد. وهو مادة مبلرة لا تحل في الصود بتغير تغيراً طفيفاً بتماس الحوامض الآتية: الآزوتي وكلور المائي والكبريتي. وتشتق ايضاً من الدم وليس من الخضابين لانها تبدي تعاملات الكبريت لا الحديد. وتتأكسد في مقاطع الاعضاء بتماس الاكسجين فتمحى بينما يبقى الهيموزوئين سلبياً وهذا الاخير لا يصادف الا في البرداء فقط. لذا كان الهيموزوئين قبل كشف لافران المستند الوحيد في تشخيص البرداء المخبري. ويجب ان يعتبر دوماً الصباغ النوعي الذي يعد وجوده في الدم او الاعضاء دليلاً قاطعاً على البرداء.

لتحري الصباغ البردائي في الدم: تؤخذ نقطة دم وتمدد بكمية صغيرة من المصل الصناعي ثم تمد على صفيحة وتفحص. فتظهر كتل صغيرة سمر او سود قائمة زواياها غير منتظمة، حرة او على الغالب داخل الكريات البيض ويوجد الصباغ البردائي ايضاً في كافة الاعضاء تقريباً وفي العميقة منها خاصة اذ ان هذه الاعضاء تصاب اكثر من غيرها سواء مباشرة او اعتنافاً، بالطفيلي.

فيصادف الصباغ في الطحال في الخلايا الضامة المتحولة بالى بالعات كبيرة مالئاً الهيولى بحبيباته التي تكاد تطمو على النواة. ويصادف ايضاً في التصلبات الخطية والخلايا الطحالية نفسها. ويصادف ايضاً في البيكريات

البيض الجائلة في الشبكات الشعرية او حراً في عيون شبكة النسيج الضام ويصادف كذلك في الكلى حيث تزدحم الخلايا المولدة للقتامين حول ابتاط الكبات العرقية بينما الكتل الصباغية تحدد بفسيفسائها السمراء محافظ بومان وترتشح في النسيج الضام بين الفصيص وتدخل فارشة الانابيب البولية . وقد تسقط احياناً في لمعتها . . . اما في المراكز العصبية فيمتد الارتشاح الهيموزوئيني الى خلايا فارشة العروق الشعرية التي تسدها احياناً خثر من الخلايا الصباغية... واخيراً رأيتم الهيموزوئين في مقاطع الكهبة الضمورية البردائية التي ارينا كم تكبيرها cirrhose وهو يحدد العروق الشعرية الشعاعية بين الفصيصات ويدخل ايضاً اجسام الخلايا الكبدية فالاعضاء المضرجة هذا التضرج تغير لونها فتظهر مقاطع النخاع والطحال بلون احمر قاتم وتأخذ تلافيف الدماغ لون الاوردتانسيه الواسم. ويذهب قسم من الهيموزوئين بالافضية اللنفاوية حول الاوعية الى العقد حيث يتلف بينما قسمه الاكبر يبقى في الاعضاء حتى ما بعد الموت حيث يكون البرهان القاطع على الاصابة بالبرداء في اثناء الحياة .

. . . .

وليميز هذا الصباغ الناشيء من المصورات عن صباغ آخر كثير التصادف في البرداء وهو الصباغ الآجري الذي يصادف ايضاً في جملة امراض اخرى كالداء السكري الشبهي ، والتنشؤات الورمية والانسمامات المختلفة . وهذا الصباغ ذو الاسماء المختلفة: هيموسيدرين كونيكه أو روبجين أوشر (Auscher) ولابيك (Lapicque) يشتق كالهيموزوئين من خضاب الدم ويؤلف ما آت

حديدية فيبدي بعد بقائه مدة معينة في النسج تعاملات الحديد الكيمياوية كتلونه باللون الاسمر بتماس سلفيدرات الامونياك وباللون الازرق بتماس كيانوس الحديد والبوتاس وهو غير منحل في الحوامض والقلويات والكحول ويبدو في الاوعية الشعرية كلما دعا داعٍ الى تحرير خضاب الدم بسرعة. فيشاهد فيها في البيلة الخضابينية الاشتدادية وفي فقر دم بيرمر (Biermer) وفي الانسمام بمولد الماء الشكي او بكلورات البوتاس او بحامض المفص الناري. اما في البرداء فقد رأينا في الاصابات الخطرة او الشاملة او في الاصابات المتوالية ان الكبد لا تتمكن من ضبط جميع خضاب الدم المتحرر فجأة اذا كانت كميته كبيرة فيذهب قسم منه الى النسج حيث ينتظر دوره ليتحول في الكبد الى صفراء البول. فاذا ما طال انتظاره لتراكم العمل على الكبد تحول شيئاً فشيئاً في هيولى الانسجة الى الصباغ الآجري المعروف الذي يعتبره مانسون (Manson) خضاب دم مرسباً. فيرى هذا الصباغ الى جانب الهيموزوئين بشكل كتل صغيرة مخضرة في لب الطحال وجسيماته وفي الغدة الصفراوية وقد تكتنظ به الكبد المتصلبة في بعض البردائيين حتى انه يكوّن معها حالة مرضية خاصة هي: التكهب البردائي الصباغي.

وصف هذا التكهب باسهاب كلاش وكينر (Klesch و Kiener) ثم تبعهما لانسارو وجيرودال (Lancerau و Geraudel) وقد درسه قبل ذلك علماء عديدون فأسموه الكبد الحديدية. وترافق سيره عادة في البردائيين القدماء اضطرابات هضم وهجمات يرقان مع آلام كبدية: يتترب الجلد وتضخم الكبد وتؤلم، يكبر الطحال كثيراً فيتجاوز حافة الضلوع الكاذبة

الى مسافة كبيرة وتتمكن اليد الجاسة من تعيين حدوده اذ تشعر بالفراقع الصغيرة الناشئة عن التهاب ما حول الطحال المرافق . فقر الدم واضح ويظهر الدنف بعد عدة هجمات حمية متوالية . ثم تقضي النزوف المتكررة على حياة المريض . وتشترك من الوجهة التشريحية المرضية ، اعضاء اخرى في سير الداء فهو بالحقيقة ارتشاح حديدي حشوي مستول مع تكهب كبدي .

تبدو الكبد في فتح الجثة بلون الجلد القديم مع حافات تختلف درجة تلونها ، المشكلة مسمرة ، عقد سرة الكبد وعقد فرجة ونسلو وعقد الضفيرة البطنية (cœliaque) سمر كستناوية ، القلب رخو ومسود ولا تنجو الكليتان والغدد اللعابية والخصيتان من هذا الارتشاح الصباغي .

وتخضب الكبد بصورة خاصة بالصباغ الآجري الذي يشاهد في الخلايا الكبدية المتنشأة وفي اعضاد العروق الشعاعية وفي السحب الليفية الناشئة عن التصلب الكثيف حول الجملة البابية . ويشاهد ايضاً في الخلايا النبيلة بشكل حبيبات مجتمعة في منشإ القناة الصفراوية تشغل احياناً في الحالات المترقية كامل الجسم الخلوي فاذا لم تسرع خلية الكبد المزدحمة بهذه المواد الى الاستحالة يزداد تفاعل النسيج الضام في الكبد ويجزىء شيئاً فشيئاً الكتل الفصيصية اولاً ثم يدخل بين الخلايا نفسها فيحدث التكهب الوحيد الخلية الذي يشاهد ايضاً في التكهب الضموري . وتمتلأ الاوعية بالاصبغة حتى يخيل معها احياناً ان العروق الشعرية مسدودة تماماً بالخلايا الفارشة المتوذمة والمحشوة بالحبيبات . وتحذو احياناً القنوات الصفراوية حذو العروق فتبدو مرصوفة بهذا الصباغ . فالداء في الجملة تصلب كبدي حول

الجملة البابية وحول الجملة فوق الكبد يرافقه ارتشاح الصباغ الآجري في الخلايا النبيلة وفي النسيج التصلبي الجديد وفي اعضاد العروق وفي مضرعة (ابيتاليوم) القنوات الصفراوية .

والتكهب الصباغي البردائي حالة مرضية محددة تماماً سواء أمن الوجهة السريرية ام من الوجهة النسيجية المرضية وهو اختلاط خاص بالبرداء يدل عليه وجود الصباغ الآجري الذي يصادف في جملة حالات مرضية اخرى مما يجعله اقل دلالة على البرداء من الهيموزوئين ، الا ان كثرته الخاصة في هذه الحالة تجعل منه علامة واسمة . ونجد الى جانب الصباغ الآجري الهيموزوئين الذي يمتاز بتوزعه الخاص في اجزاء العضو المختلفة ويظهر ان وجوده في هذه الحالة ليس الا لدعم الطبيعة البردائية للداء . ويحقق التكهب الصباغي البردائي بصورة عجيبة تركيب جميع اصبغة البرداء

واذا اختلف الصباغ الآجري عن الهيموزوئين بخواصه الكيمياوية وبتوزعه العضوي المجهري فانه لا يختلف عنه في المنشإ . ينشأ الصباغ الآجري من تحول خضاب الدم في الخلايا وينشأ الهيموزوئين من تحول مشابه في خضاب الدم يجري في هيولى الطفيلي نفسه وبتأثير مفرزاته .

وخضاب الدم جسم مركب من مواد عديدة لا تشترك جميعها بالوظيفة الصباغية فهو مادة نظيرة الهيولى لونية « chromoprotéide » مركبة من مادة نظيرة الهيولى ومن كريوين (globuline) شبيه بجميع المواد نظائر الآح الاخرى ومن صباغ خاص يسمى هيماتين يتحلل بصورة دائمة في الكبد الى حديد وصفراء وبول . والهيماتين هذا ، هو في الحقيقة الجزء الملون في

خضاب الدم وهذا هو المغذي الحقيقي لجبة البرداء اللونية الكثيرة الغنى والتنوع

نستنتج مما تقدم ان بين الاصبغة والالوان البردائية وحدة منشأية . فيمكننا ان نمر بسهولة من الالوان المجهرية والعميقة الى الالوان العيانية السطحية وهذا المرور يتجلى بالقناع البردائي المرئي الخاص بهذا المرض . هذا القناع الذي طالما شاهدناه على وجوه مرضانا المتكهبين والمريوقين والمدنفين يباين بشكله الفراشي ولونه الاسمر او الاسود اصفرار الوجه العام : زور (thorax) الفراشة الى ظهر الانف وجناحاها الى الوجنتين .

ففي البرداء المزمنة يستولي الصباغ الآجري على طبقات الجلد العميقة وعلى طبقة خلايا مالبيغي منها في الخاصة حيث يتحول لونه بتأثير اشعة الشمس النافذة في البلاد المدارية وقرب المدارية فيميل الى اللون الاسمر او الاسود .

وتحمل هذا القناع اجزاء الوجه الاكثر تعرضاً لاشعة الشمس الكيمياوية وهي في بلادنا الأنف والوجنتان لان مرضانا يغطون الاجزاء الباقية من وجوههم بالشملة (الخمار) ان كانوا نساء وبالكوفية ان كانوا رجالاً .

والقناع البردائي خاص بالاشكال المزمنة وبالاشكال الخبيثة المستعصية على الكينين التي غالباً ما يكون عاملها المصورات المبكرة (prœcox) وذلك لان الانتان الطفيلي يكون على اشده في الحمى الخبيثة . فتشحب الكريات الحمر قبل انبثاقها وتظهر فيها حبيبات ماورر الملونة دالة على نقص كبير في الخضاب . ومتى بدأت النوب الخبيثة بلغ تكثر المصورات المبكرة درجة عظيمة حتى تغدو نسبة الاقاسيم للكريات أقسومة واحدة لكل ٢٠ — ٢٥ كرية حمراء ويعادل هذا ٢٠٠٠٠٠ طفيلي في الملم٣ من الدم . اما بقية اشكال

البرداء فاقل انتشاراً وتكثراً .

فالمصورة المبكرة اذاً اكبر مدمرة للكريات واليها يرجع منشأ الالوان الصفر ذات الانعكاس الاخضر او الاحمر التي تشاهد في الحميات الصفراوية المتموجة المخيفة . واليها يرجع ايضاً منشأ الالوان الحمر في اليرقانات الوخيمة وفي الحمى الصفراوية ذات البيلة الخضابينية .

. . . .

فالالوان الصفر والانعكاسات الخضر والحمر والاصبغة السوداء او الآجرية كل ذلك يعود في النهاية سواء مباشرة او بالواسطة الى الهيماتين وحده . وتقوم بالتحولات التي تطرأ على هذه المادة الملونة الحيوانات الدموية وحدها سواء أكان ذلك مباشرة ايضاً ام بالواسطة . وانشط الحيوانات الدموية في هذا العمل هو حيوان الحمى الثلث الخبيثة المسمى بالمصورة المنجلية .

❀ ❀ ❀

مقتطفات حديثة

جمعها ولخصها الطالب السيد مصباح المالح

١ً — موات الحنك في عقب التخدير الموضعي (Nécrose palatine après anesthésie locale) : تعددت اصابات موات الحنك في عقب التخدير الموضعي ، فجد الاطباء في البحث عن الاسباب لاجتناب الوقوع في هذا الخطر وتوصلوا الى معرفة الاسباب التالية التي قد تكون السبب الاكيد .

١ً — ينسب بعضهم هذا العارض الى تلوث المادة المخدرة بآثار الكحول فقد جرت العادة ان يغمس الجراح حبابة المخدر في الكحول قبل كسر رأسها وملاء الحقنة كي لا تتلوث الابرة به اذا مسته كما ان بعضهم يحفظ المحقنة أو ابرتها فقط في الكحول قبل استعمالها . ويجتنب هذا الخطر بالاكتفاء بتلهيب رأس الحبابة قبل كسرها ، او اغلاء المحقنة والابرة قبل الاستعمال .

٢ً — ويقول بعضهم ان لكيفية الحقن أثرها الكبير فيجب حقن المخدر ببطء ولطف زائدين وذلك لان مخاط الحنك تفصله عن العظم في البُدُن طبقة شحمية تجعل المخاط مرناً ، ولا وجود لهذه الطبقة في الهزلى لذا كان الحقن بالمخدر بشدة في هؤلاء يؤدي الى انفصال المخاط عن العظم — لنقص مرونته — فيكون ذلك السبب في حدوث الموات .

٣ً — ويذكر بعضهم فعل الجراثيم الانتانية الكبير في احداث الموات

المذكور كما يشاهد في المصابين بالامراض الانتانية ، وكما يحدث اذا لم يعتن الجراح بطهارة آلاته وساحة العملية طهارة يمكنه الاطمئنان اليها .

٤ — ويزعم بعضهم ان لاستعمال صبغة اليود فعلاً في ذلك ولو كانت ممددة ، كما ان بعضهم ينسب ذلك الى الادرنالين الذي قد يكون في المخدر لدى استعماله في التأقين ضده . غير ان هذا السبب ضعيف لا يثبته الاحصاء ولا صحة ايضاً لما يدعيه البعض من ان للمخدر او ما يدخل في تركيبه كالكوربازيل وكلورور الصوديوم وسواهما أثره في احداث الموات .

٢ — السكر في نخر الاسنان (Le sucre dans la carie dentaire) : لم يزل تعليل نخر الاسنان ناقصاً رغم كثرة النظريات والمطالعات التي نستطيع قسمتها اجمالاً فئتين فئة تقول بالاسباب الباطنة واخرى تنكرها وتقول بالاسباب الظاهرة .

على ان ما لا يختلف فيه الفريقان هو دور السكر في تكوّن النخرات السنية وتطورها ، وليس أدل على ذلك من نخر أسنان صانعي السكاكر والمربيات الهائل ، ومن التنخرات الكثيرة التي تصيب اسنان الاطفال الذين يكثرون من تناول السكاكر والشوكولاتا ولا ينظفون افواههم جيداً .

وقد نبه بعضهم مؤخراً — في تعليل ذلك — الى ان للعصيات المحبة للحموض في الفم أثرها في احداث النخر وبرهنوا بحذف المواد السكرية من القائمة الغذائية فوجدوا تحسناً سريعاً في حالة الاسنان .

ويذكر اباتشفسكي (Apatchevsky) مشاهدات ذات قيمة في هذا الصدد منها ان فتيات كن يزرنه منذ سبع سنوات باستمرار فلم يكن يجد في افواههن

نخرات حديثة او نكساً انخر سابق . وفي زياراتهن الاخيرة اي في سنة ١٩٣٦ اخذ يلاحظ في اسنانهن نخرات هائلة ممتــدة وكثيرة ونكساً في بعض النخرات القديمة التي كان قد احسن معالجتها. ولم يبدِ الاستجواب والفحص العام شيئاً تستطاع نسبة السبب اليه .

غير ان احداهن صرحت مرة في اثناء حديثها أنها تعودت منذ عام ان تأكل قبل النوم شيئاً من السكر لان بعضهم نصح لها بذلك للسمن . وبعد ان رأى الطبيب ان من العبث نصحهن بالاقلاع عن هذه (الموضه) التي عمَّ انتشارها نصح اليهن ان ينظفن افواههن واسنانهن جيداً قبل النوم وفي عقب اكل السكر ، فرأى بعدئذ ان بعض النخرات التي كانت سطحية لم يسرع سيرها وتطورها ولم ينكس شيء من النخرات الكثيرة التي عالجها لهن ولم تنخر سن جديدة بعد ذلك .

ويذكر بواتل (Boitel) نظرية له يدعمها بمثات التحاليل والمشاهدات . وخلاصة نظريته هذه ان لعمل الغدد الصمّ ولنسبة الكلسيوم الى الفوسفور في الدم علاقتها في حدوث النخر . فهذه النسبة ينبغي ان تكون في الحالة الطبيعية كنسبة $\frac{١٠}{٤}$ فان نقص عيار الفوسفور ظهر النخر كما يحدث حين تناول الكثير من السكر . فاذا حذف السكر من القائمة الغذائية يقوى عيار الفوسفور في الدم ويحول ذلك دون حدوث النخر .

ويؤكد نظريته ايضاً بمشاهدات تشير الى استعداد اسنان المصابين بالبيلة السكرية للتنخر ونقص هـذا الاستعداد بالتدريج في عقب المداواة بالانسولين .

٣ً — تطهير الفم (antisepsie buccale) يحتوي الفم في الحالة الاعتيادية في اكثر الاشخاص على فضلات الاطعمة وعلى جراثيم وذيفاناتها وعلى مفرزات ومواد مخاطيـة وعلى قلح لين ومتصلب. فمتى اراد الطبيب تطهير فم مريضه يجب ان ينتخب له مادة مهلكة للجراثيم وغير مؤثرة في خلايا البدن وأنسجته . ويحسن ان نشير الى انواع الجراثيم التي تتأثر من الادوية. فالتيمول مثلًا يؤثر بشدة في المكورات العقدية والمنقودية والبريميات ، والفورمول يؤثر بقوة في جميع جراثيم الفم . اما الفنول فعمله المؤثر في الجراثيم هو في حكم العدم . ومحلول فوق بورات الصودا الخفيف عمله محدود . والماء المحمض ومحاليل تحت الكلوريت ليست كافية لسدّ الحاجة فلنصنف الادوية المطهرة اذن بحسب فعلها :

١ — ادوية مهلكة للجراثيم المعفنة كالفورمول وفوق بورات الصودا او الماء المحمض والتيمول الخ . . .

٢ — ادوية تعدل وسط الفم وتجعله قلوياً كثاني فحمات الصودا وماء الكلس وبورات الصودا ومائية المانيزا الخ . .

٣ — ادوية منشطة لدفاع المخاط بدون ان تهيجه كالفورمول بنسبة لبيرة، وادوية تؤثر في الاحوال القرحية والجروح فتمتص او تدخل بخاصتها الشعرية في الفسحات السنية ، وهي المواد الملونـة المستعملة بشكل محلول غليسريني

٤ً — ادوية تحـل او تبيد الشحوم والمفرزات المخاطيـة الخ . . . كالصابون الطبي .

٥ — ادوية مطهرة مضادة للتعفن ومزيلة للروائح الكريهـة كفوق منغنات البوتاس والماء المحمض وخلاصة النعنع والانيسون الخ . .

وعلى هذا يمكن للطبيب ان يشير باستعمال المحاليل البسيطة الفعالة كمحلول الفورمول بنسبة $\frac{١٥}{١٠٠٠}$ ممزوجاً بالتيمول حتى الغرام في الألف مثلاً مع الاطمئنان الزائد الى مفعوله الاكيد

❀❀❀

المؤتمر الجراحي الفرنسي السادس والاربعون

«٣»

استطبابات التوسط الجراحي وطرق التجبير في كسور جسم الساق المغلقة

لخصها العليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع مازل دوبينياه من باريس وكرايسل من ليون . وبعد ان ذكرا لمحة تشريحية سريرية وجاءآ بلمحة عن الطرق المختلفة المستعملة جربا وضع استطبابات المعالجة بتمحيصهما عدداً عديداً من الاحصاءات وهو عمل شاق جداً قاما به ويشكران عليه ويجدر بمن يود التقصي العودة اليه . واختصاره في هذا البحث ليس بالامر السهل .

وقد كانت خلاصة هذا العمل النتائج التالية :

١ً – ان كلاً من الطرق المستعملة اذا ما اتقن لا يستحق النقد الجارح الذي وجه اليه بسبب بعض الحادثات التي خابت المعالجة فيها . وقيمة الطرق على ما يرى الباحثان تابعة لقيمة الجراحين القائمين بها وقيمة المعدات التي يحوزونها . فان مستقبل المكسور اقل علاقة بطرق المعالجة التي سيعالج بها منه ببراعة الجراح الذي سيقوم بالعمل وباتقان المعدات التي سيستعملها في ابراز عمله .

٢ً — وبعد هذه التحفظات نستطيع القول ان طريقة التجبير كافية في ايامنا لردّ الكسر الحسن اذا ما كانت المعدات المستعملة مطابقة للفن الحديث (جهاز للتمديد، مراقبة شعاعية ورسم شعاعي) غير ان ضبط الكسر بالجبس وحده لا يكفي فان رد الكسر ولو اتقن لا يستطاع ضبطه في الكسور الحلزونية وقد يكفي في الكسور المعترضة اذا ما روقبت عن كثب وليس هذا الامر متيسراً في شعبة تعنى بالجراحة العامة ومرضاها كثيرون .

٣ً — والاستجدال (l'ostéosynthèse) الكثير الاستعمال يمكننا من الحصول على نسبة عالية من النتائج الحسنة بمعالجة قصيرة المدة . غير ان بعض الاختلاطات ممكن حدوثها فيه وان تكن قليلة ونعني بها التهاب العظم ، وعدم تحمل الجهاز ، واضطرابات الدشبذ الاغتذائية مع ان هذه الاختلاطات مستطاع التحاشي عنها او انقاصها اذا اتبعت القواعد التالية : الامتناع عن كل عنف في رد الكسر لان هذا الرد مستطاع اجراؤه بالآلات الجارّة ذات المحويات (vis) ، استعمال ادوات لطيفة في الاستجدال مصنوعة من معدن لا يؤذي واجتناب خنق العظم الشديد بها او نزعها بعد تمام الاندمال .

٤ً — وقد استعملت طرق تجبيرية مع نقطة استناد عظمي فكان منها ان سهل ردّ الكسر وحسن ضبطه خلافاً لما يقع احياناً في اجهزة الجبس العادية التي قد تختل قطع الكسر فيها ولو احسن ردها. غير ان هذه الطرق اذا استثنينا منها تثبيت القطع عبر الجلد الذي تقل استطباباته اطول مدة من وسائط التجبير الاخرى .

والغاية التي يرمي اليها الجراح في معالجة الكسر هي اعادة العظم الى

شكله التشريحي السابق فهو الكفيل باستعادة الوظيفة كاملة . وتوصلًا الى ذلك تُختار الطريقة وفقاً لنوع الكسر فان ما يصلح لنموذج منه قد لا يصلح للنموذج الآخر وما ينجع في مريض قد لا ينجع في مريض آخر فلينظر في الوقت نفسه في حالة المريض العامة وفي المكان الذي يعالج فيه فان الجريح المعالج في بيته بعيداً عن المراقبة لا يستعمل في تجبير كسره من الطرق ما يستعمل في الجريح المستشفي حيث المراقبة متيسرة ودقيقة . فاذا ما سلمنا بمبادىء عامة ترتكز عليها معالجة الكسور الحديثة كان لا بد ايضاً من وضع استطبابات خاصة بكل نوع من الكسور .

١ً – المبادىء العامة ، أ – انتخاب زمن الرد : فليبكر فيه ما امكن لان رد الكسر سهل في هذا الحين قبل ظهور الوذمة وتقفع العضلات .

ب – التخدير : ان التخدير الموضعي في بؤرة الكسر كبير الفائدة وكاف لرد معظم الكسور ولا سيما اذا بكر في ردها فهو يزيل الآلام في سياق المراقبة الجراحية ويمحو الانعكاسات الناشئة من بؤرة الكسر التي تنجم التقفعات العضلية عنها . وللتخدير القطني استطبابات واسعة ايضاً واما التخدير العام فلا يستعمل الا متى تعذر استعمال الطريقتين الآنفتي الذكر .

ج – المراقبة الشعاعية : لا غنى لشعبة تعنى بمعالجة الكسور عن جهاز سيّار للاشعة يستطاع نقله الى قاعة العمليات وقرب سرير المريض وعن غرفة مظلمة قريبة من قاعة العمليات تعامل فيها اللوحات الحساسة .

د – اجهزة لرد الكسر : على الجراح ان يتحاشى ما امكنه عن استعمال المسحاة (rugine) والكلبتان (davier) وسواهما من الآلات التي قد

تؤذي اكثر من جهاز الاستجدال واليها يُعزى بعض العوارض في عقب العمليات .

هـ - بعد ان يرد الكسر ويضبط في جهاز اياً كان نوعه لا بد من النظر في الطرف الى مستقبل العضلات والمفاصل باعتناء يعادل الاعتناء باندمال العظم الحسن .

و - لا يستطاع في الغالب التوفيق بين تثبيت الكسر والحفاظ على وظيفة الاقسام الرخوة الا بمراقبة صارمة وطويلة .

٢ - الاستطبابات الخاصة بكل نوع من الكسور ، أ - الكسور الحلزونية ، الكسور المرئية حديثاً (في الايام الاربعة او الخمسة الاولى) ان الرد التجبيري في هذه الحادثات ممكن دائماً واذا كان من جدال ففي طرز الضبط وفيه ثلاثة حلول :

اولاً : الرد التجبيري فالتثبيت الآني بلا فتح بؤرة الكسر (اطار بوهلر ، جبس مسلّح بالسفافيد « broches » تثبيت بؤرة الكسر عبر الجلد والخ)

ثانياً : الرد الآني بالجر وفتح بؤرة الكسر والعين تراقب فالتثبيت بجهاز استجدال صغير خفيف الأذى وكاف للتثبيت ويظهر ان افضل وسيلة لتحقيقه طريقة دانيس

ثالثاً : التمديد المتواصل ، والركبة منعطفة نصف انعطاف ، بسفود عبر العقب (طريقة كيرشنر - بوتي) فما هي الاستطبابات الخاصة لهذه الحلول الثلاثة ؟

اولاً : متى كانت الشروط العامة (السن ، سوء الحالة العامة ، كثرة الرضوض) او الموضعية (وذمة شديدة ، حالة اللحف المشكوك فيها ، خطوط شقوق عديدة) تحول دون اي توسط مباشر على بؤرة الكسر يلجأ الى التمديد المتواصل . فهو افضل طريقة موقتة ريثما يتأهب المريض لتحمل احدى الطريقتين الاخريين على ألاّ تطول مدته .

ثانياً : متى لم تمنع الحالتان العامة والموضعية التوسط المباشر في بؤرة الكسر يشار بالاستجدال عبر الجلد بالسفافيد الذي يعده الباحثان اسلم من الطرق الجراحية .

ثالثاً : في بعض الحالات النادرة التي يمتنع الرد الحسن فيها — وقد اصبحت هذه الحادثات شاذة بعد اتقان الطرق الحديثة يلجأ ، اذا لم تمنع الحالة العامة او حالة اللحف الموضعية ، الى الاستجدال الباكر الذي يصبح عملية لا مناص من ضرورة التبكير في اجرائها بعد ان يحضر الجريح يومين او ثلاثة ايام .

واية كانت الطريقة المختارة لا غنى عن الجبس لاتمام الضبط (جبيرة تدع الركبة حرة ولا تثبت القدم الا في الايام الاولى) .

الكسور المرئية بعد اكثر من اسبوعين : ليست هذه الكسور سهلة المعالجة كالكسور السابقة . فان الرد التجبيري حتى بالجر العنيف لا يستطيع التغلب على الانكماشات العضلية ولا على الدشبذ الليفي المبتدىء . أضف الى ذلك ان الرد الدموي والاستجدال اقل ملاءمة في هذه الكسور منهما في الكسور السابقة : فالعملية شاقة والنتائج ناقصة في الغالب .

ومهما يكن فلا بدّ من التشبث بالوسائط الممكنة لاتقان الرد جهد المستطاع فقد تكون النتيجة الوظيفية حسنة وان تكن النتيجة التشريحية متوسطة .

ويشير الباحثان في حالات كهذه بعد تخدير المريض تخديراً قطنياً او عاماً بتسفيد العقب ومحاولة الرد بالجر العنيف في اطار . تكشف البؤرة وينزع الاعتراض الليفي وتحرر اللحف مع الامتناع عن سحي العظم ما امكن ويضبط الكسر بالتطويق وفقاً لطريقة دانيس او بتسفيد العظم والعين تراقب

ب — الكسور المعترضة او المنحرفة : تختلف هنا معضلة المعالجة فهي لا تقتصر على الضبط وحده لان الرد صعب فيها والضبط سهل ذلك لان في الكسور المعترضة او المنحرفة انحرافاً خفيفاً تشابكاً واتجاهاً خفيفاً الى التبدل بحسب المحور الطولي . ومع ذلك فالتزوي ممكن الحدوث في الجهاز الجبسي والاندمال بطيء جداً وغير متين ولهذا يخشى من التشوهات الثانوية . اضف الى ذلك ان طرق الضبط ليست وافية بالمراد في هذه الحالات .

الكسور المرئية في الايام الاولى : ان الرد السريع واجب فيها اكثر مما في الكسور الحلزونية على ان يقتصر على الرد التجبيري وحده ، ولا يلجأ الى التوسط الجراحي الا في الحالات التي تعذر فيها الرد واثبتت المعاينة الشعاعية هذا الامتناع .

اولاً : في عدد عديد من الكسور يتيسر الرد بالجر الآلي على منضدة التجبير او في الاطار فكيف يحقق الضبط في هذه الحالات؟ يخيل في معظم الحالات بعد ان يتم الرد ان قطع الكسر متماسكة وان الضبط (contention)

في جهاز جبسي كاف على ان يراقب مراقبة دقيقة اجتناباً للتزوي . ويظهر في الحالات الاخرى بعد رد الكسر ان القطع لا تضبط ضبطاً حسناً (الكسور المنحرفة، الكسور المثلثة القطع مع قطعة صغيرة معترضة) وان تزلقها وهي في الجهاز الجبسي ممكن الحدوث فيشار حينذاك بطريقة بوهلر او بالتمديد المتواصل والجهاز الجبسي معاً . وليتحاش في هذه الحالات عن الافراط في الاصلاح لانه يعوق الاندمال .

ثانياً : متى لم يكن الرد المرضي مستطاعاً يفكر في احد هذين الحالين : الرد التدريجي بالتمديد المتواصل او ، وهذا اضمن ، الرد الجراحي الباكر الا اذا منع سوء الحالة الموضعية هذا التوسط .

الكسور المرئية بعد اسبوعين : يتعذر الرد التجبيري فيها فاذا كان التبدل كبيراً ولم تمنع الحالة العامة التوسط ، يستجدل العظم .

ج — الكسور العديدة القطع : سواء أكان الكسر مفتتاً او كان مفتتاً وكثير القطع والشقوق يمتنع في هذه الحالة عن التوسط في بؤرة الكسر . غير ان الضبط في الجبس فقط حتى بعد الرد التام لا يكفي في الغالب بل يعرض الطرف للتكوم والانحناءات الثانوية . فضلاً عن ان كثرة الآفات الجلدية تمنع كل توسط موضعي آني .

اولاً : ان عدداً عديداً من هذه الكسور يعالج بالتمديد المتواصل وبدعم العظم فقط .

ثانياً : تسمح الحالة الموضعية في بعض الحالات بتحقيق الرد الآني . غير انه لا يستغنى عن اكمال الضبط في جهاز جبسي بالتمديد المتواصل تحت

الجبس او بتسفيد العظم(طريقة بوهلر)الذي تجتنب فيه التكومات الثانوية

د — الكسور المزدوجة مع قطعة كبيرة معترضة: لا تخلو معالجتها من الصعوبة فان التأثير في القطعة المعترضة مستحيل عادة سواء أبالجر الآلي أو التمديد المتواصل. وتفضي الحالة في الغالب الى تباعد القطع وتعذر اعادة القطعة المعترضة الى محور الطرف . والرد الجراحي الذي يفضي الى نتيجة تشريحية مرضية يعرض القطع للتنخر .

ويصعب في حالة كهذه سن قانون يتمشى عليه فيجب ان يجرب اولاً الرد الكافي بالوسائط الخارجية فاذا حصل ولو لم يكن تاماً يضبط الكسر في جهاز جبسي . واذا لم يتمّ الرد بل بقي التبدل كبيراً يلجأ الى الاستجدال على ان يرفق بالعظم جهد المستطاع ويستعمل جهاز لطيف للتثبيت . وقد يكفي استجدال بوءرة واحدة لرد قطع البوءرة الثانية بالوسائط الخارجية .

٣ — المعالجة المقبلة :

أ — متى اختير التمديد المتواصل يثابر عليه فقط ثلاثة الى اربعة اسابيع ولا يخشى تزلق القطع الطولي بعدها الا اذا بكر الجريح في المشي بل يخشى الانثناء فقط والجبس كاف للتغلب عليه . فتشابه الاعتناءآت في هذا الحين الحالات المعالجة بالرد الآني . ولا بد في سياق التمديد من تحقق الرد التدريجي بعدة رسوم وليجتنب الافراط في التقويم بتخفيف قوة الجرّ اذا لزم الامر ولتتقَ الخشكريشات ولا سيما في المسنين. ولتراقب باعتناء شديد فوهتا السفود .

ب — ومتى ردّ كسر حلزوني او منحرف آنياً وثبت في الجبس

سواءأأشرك معه التثبيت عبر الجلد او الاستجدال بالاسلاك المعدنية ام لم يشرك فلا يجوز المشي الباكر بحسب رأي الباحثين. لان وسائط التثبيت هذه لا تكفي للتغلب على تزلق القطع الطولي الذي ينجم عن الاستناد الى القدم . فليجتنب المشي طيلة ٣٠ — ٤٥ يوماً وليظل المريض في سريره او فليقف مستنداً الى عكازين وتثبيت مفصلي القدم والركبة مفضل في هذه الحالة .

وينزع جهاز الجبس الاول بعد ٣٠ — ٤٥ يوماً ويوضع جهاز دلبه ٣ — ٤ اسابيع ويسمح بعد وضعه ببضعة ايام بالمشي اللطيف. وهذا الجهاز هو الاخير عادة الا متى ابطأ الاندمال فيعاد ثانيةً .

ج — وفي الكسور المعترضة المتشابكة ولا سيا في الحالات المعالجة بسفودين مندمجين يسمح بالمشي الباكر (منذ اليوم الخامس عشر الى العشرين) مع جهاز من نموذج ركلو. والمشي في هذه الحالة مفيد فهو يسرع الاندمال ويلين المفاصل ويمنع ضمور العضلات .

٤ — النتائج :

ان النتائج تابعة كما ذكرنا ليس لقيمة الطريقة فقط بل لقيمة الجراح الذي يستعملها ايضاً وتقاس قيمة الجراح ليس بمهارته فقط بل بخبرته الطويلة والمعدات التي يحوزها . ولا يجوز ان تغرب هذه الامور عن فكر كل من يعنى بمعالجة الكسور بل عليه ان يضعها في المقام الاول .

ثم عرض دانيس من بروكسل افكاره الخاصة وطريقته والنتائج التي حصل عليها في معالجة كسور الساق واليكم مختصر كلامه :

يجاري الباحث معظم الجراحين باقراره بحسنات الاستجدال التالية :

١ً ـ التقويم التشريحي التام ٢ً ـ تثبيت القطع المتين ٣ً ـ خفة الجهاز الضابط الذي لا يزعج المفاصل المجاورة ويمنع ضمور العضلات ولو لازم المريض سريره . غير ان الاستجدال كما يجرى عادة لا يخلو من محاذير كبيرة فان تعرية العظم حول بؤرة الكسر ، وقلع الارتكازات العضلية والسمحاقية، والرد بالكلبتان في مكان البؤرة كل هذا يجعل الرض الجراحي يفوق بشدته الرض البدئي .

ولا يغرب عن البال ان هذا الرض يمتص دفاع النسج وينشط المفوتات المستطاع حدوثها مؤخراً الاندمال ومحدثاً دشابذ طافحة . وغير نكير ان ادوات الجهاز منذ استعمال الفولاذ غير المتأكسد لا تنجم عنها تفاعلات كيمياوية تذكر ولكنها قد تؤذي بضغطها نسيج العظم . فضلًا عن ان تحملها صعب متى لم تثبت تثبيتاً حسناً .

وقد حسن الباحث نتائج الاستجدال باهتمامه :

١ً ـ بتخفيف الرض الجراحي جهد المستطاع

٢ً ـ بتحسين طرز الرد وذلك باجتناب الكلبتان

٣ً ـ بتقوية الجهاز المستعمل وتلطيف حجمه في الوقت نفسه .

وهو يحبذ التوسط الباكر حيث الاستجدال مستطاع الاجراء والشروط متوفرة ويعده الطريقة الفضلى وليس الطريقة الاضطرارية التي يلجأ اليها متى خابت المعالجة بالتجبير . وهو لا يعبأ بتبدل القطع . وجلّ ما يجتنبه التبدل الثانوي والاجهزة الطويلة التي تثبت الركبة وعنق القدم . والجبس في زعمه غير كاف للضبط في معظم الحالات ويفضل عليه

راناً (guêtre) من النسيج المعدني صبّ عليه العاج الصناعي (celluloid) تلبسه الساق المبضوعة (opérée) ويشدُّ عليها بربط بنوده .

ويرد دانيس الكسر بعد فتح بوءرته بحركة تحركها منضدة عملياته بعيداً عن ساحة العملية فتجر الساق وتفضي الى رد كسرها . واستعمال الكلبتان ممنوع .

ولا يعرى الا وجه واحد من العظم ولا يوضع جهاز الاستجدال الا بين السمحاق والعظم وقد اعتنى الباحث بالاستجدال بخيوط الفولاذ والتجبير بالعظم ذي المسام (os purum) فان السلك الفولاذي الذي لا يتأكسد ولا يوءذي ويثبت العظم جيداً مستعمل في تطويق العظم او خياطته المختلفة .

واكثر الكسور استفادة من الاستجدال بالخيوط ، الكسور الحلزونية التي لا يختلف نموذجها ويستطاع تنظيم طرز خياطتها منذ البدء. فبعد ردّ الكسر يوضع نصف حلقة حول رأس البرية السفلي وحلقة كاملة حول رأسها العلوي وذلك لتثبيت الكسر جيداً . وهذا التوسط سهل الاجراء متى توفرت المعدات اللازمة لاجرائه . فهو لا يكاد يعري العظم ونتائجه حسنة اذا كان الجراح ماهراً .

وقد عالج في شعبة دانيس ٢٨ كسراً حلزونياً سبعة جراحين مختلفين ومريضان فقط نزعا الجهاز من تلقاء نفسيهما بعد اربعين يوماً ومشيا بلا مسند فقطعا خيوطهما وفككا دشبذهما. ولم يندمل احدهما، وهو مصاب بالسهام، الا بعد ستة اشهر مع تزو طفيف واما الثاني فقد بضع ثانية وجبر بالتطعيم

كما في المرة الاولى .

فهاتان العارضتان سببهما المريضان نفساهما ولا يجوز عزوهما الى الطريقة الجراحية . والستة والعشرون الآخرون وبينهم مريضان مصابان بكسر مفتوح نالوا الشفاء بلا مفصل موهم او قصر او تزوٍ او تيبس موقت بالمفاصل المجاورة . ولم يطفح الدشبذ ولم يستطع جسه الا في اثنين فقط . ويستعيد الطرف وظيفته كاملة بعد مائة يوم في الغالب غير ان احد المرضى الذي تقيح جرحه تأخر نمو العظم فيه ولم يتم شفاؤه قبل ستة اشهر .

ويحتمل العظم جيداً هذا الجهاز وقد اضطر المؤلف الى نزع ثلاثة خيوط لان فتلها خرش الجلد . واحد المرضى انقطع خيطه فاستغرق شفاؤه ١٤٠ يوماً . ويترك الجهاز الجبسي القصير ثلاثة اشهر ولا يسمح بالمشي قبل انتهاء الشهر الثاني .

والمؤلف واثق كل الثقة بانه يستطيع في المستقبل اجتناب العوارض الطفيفة التي انقصت قليلًا قيمة النتائج المجتناة من الاستجدال ويعتقد ان الاستجدال بالاسلاك الفولاذية طريقة فضلى يستطاع استعمالها في معظم الكسور الحلزونية .

وليست خياطة العظم في الكسور غير النموذجية سهلة هذه السهولة ولا منتظمة هذا الانتظام. واذا سهلت الخياطة في الكسور الشديدة الانحراف فليس الامر كذلك في الكسور المعترضة التي يصعب ضبطها . والكسور المتفتتة صعب ترميمها غير ان خياطتها تظل حتى الآن الواسطة الوحدة في معالجتها الجراحية . وتنشأ هذه الكسور غير النموذجية خلافاً للكسور

الحلزونية من صدمة مقصودة وترافقها آفات جلدية شديدة تحول دون التوسط الجراحي فيها . وليعلم مع ذلك ان الحادثات الخمس والعشرين من هذا النوع التي عولجت بخياطة العظم لم يحصل فيها مفصل موهم واحد وقد حصل قصر في حادثة واحدة مقداره ٢٠ ملمتراً واربعة تزويات طفيفة وكانت النتائج الجيدة جداً ١٩ والنتائج الجيدة ٢ والنتائج القريبة من الجيدة ١ والنتائج المتوسطة ١ وظل المريض الاخير يعرج عرجاً خفيفاً ولم يستطع الباحث مراقبة مريضين بعد تركهما للمستشفى . احدهما كان مصاباً بكسر مفتوح متقيح والآخر بكسر سليم يرجح انه اندمل اندمالاً حسناً بلا اقل طارئة . وعلى الرغم من هذه النتائج الحسنة التي جناها دانيس ليس النجاح باهراً كما في الكسور الحلزونية . ذلك لان التوسط في الكسور غير النموذجية ليس توسطاً معيناً بل تابعاً لحالة الكسر ولان المحافظة على النسج صعبة .

وقد درس الباحث في فصل آخر استعمال التجبير بطعم اجنبي في الكسور المعترضة والكسور المثلثة القطع وقد اختير الطعم من عظم ذي مسام (os purum) من عظم العجل المزال شحمه وآحينه ونسيجه الضام بحسب طريقة سفانت اورال (Svante Orell)

وقد حلّ هذا العظم الميت مكان العظم الجديد المأخوذ من الشخص نفسه في معظم الحالات (الا في طعم البي) ويستدعي عظم العجل المحضر مكاناً محضراً اتمّ التحضير وتثبيتاً حسناً ليتوافق مع البيئة التي يسكنها ويندمج فيها . يضع دانيس هذا العظم في خندق محتفر في العظم ويثبته به

باربعة محويات (Vis) . ويغرز هذا الطعم خلال الجوف المخي حتى ملامسة الجدار المقابل للعظم فيضبط الكسر بعد وضعه جيداً .

ويمتاز هذا العظم على الطعم الذاتي الحي بهذه الصفات :

١ً — باختصار الوقت الذي يستعمل في قطع الطعم من الشخص نفسه .

٢ — بالحصول عليه في التجارة وفقاً للمقاييس المطلوبة وبسهولة وضعه اضف الى ذلك متانته التي تفوق طعم البي ولطف العملية الجراحية التي يستدعيها وضعه خلافاً للتطعيم الحي الذي قد يدعو الجراح الى خلع طرفي العظم خارج الجرح وقلع ارتكازات العضلات والسمحاق .

وقد استعمل هذا الطعم الميت اولاً في المفاصل الموهمة فكانت نتائجه فيه باهرة . غير انه اليوم بعد ان اتقنت الادوات المستعملة في وضعه وسهل التوسط الذي يستدعيه اصبح مستعملاً في كسور الظنبوب المعترضة والكسور المثلثة القطع .

ولم يمض وقت طويل على استعمال هذه الطريقة لابداء رأي جازم فيها غير ان النتائج التي جنيت حتى الآن مشجعة واذا كان هذا التطعيم قد نجح نجاحاً حسناً في المفاصل الموهمة فحري به ان يكون نجاحه باهراً في الكسور الحديثة .

المناقشة

لبوت : ان اختباراته الطويلة التي تجاوز الثلاثين سنة ومئات كسور الساق التي عالجها في سياق هذه المدة تدعوه الى القول بان ٩٠ ٪ من كسور الساق تستدعي المعالجة الجراحية. وهو يحبذ الانتظار الى اليوم الثاني عشر

او الخامس عشر ريثما يكون الورم الدموي قد ارتشف. وبعد ان يرد الكسر جيداً يسحو السمحاق عن العظم ويثبته بالمثبت الخارجي الذي يفوق بحسب رأيه الوسائط الاخرى المستعملة في كسور الساق فان نبذ المثبتات المنطمرة في الساق واجب في معظم الحالات .

جاكوبوفيتشي : أتيحت له معالجة كثير من كسور الساق وكان يختار المعالجة الجراحية . وهو يستعمل جهازاً يشرك فيه التطويق بالشريط مع مثبت خارجي من نموذج جوفارا حتى لا يكون مضطراً الى ترك الجهاز في مكانه بل ليستطيع نزعه بسهولة . والنتائج التي جناها جيدة .

شيارولانزا : اتى باحصاء شخصي مشتمل على مائة حادثة معالجة بالتجبير مع جر بالسفود او بدونه والنتائج الوظيفية فيه حسنة . وان درس الرسوم الشعاعية ومعدل العجز يثبتان ان الاندمال التشريحي التام لا يفضي حتماً الى نتيجة وظيفية حسنة والعكس بالعكس . فهو لا يحبذ رأي الباحثين والمجارين لهما في استعمال الاستجندال للحصول على وظيفة حسنة .

باتر توبا : تدخل طوارىء كثيرة شعبته فهو يحبذ التوسط الجراحي العاجل الذي استعمله في ٧٤ حادثة من ٨٩ عالجها . فكثيراً ما يثبت القطع بمخلب جاكويل وينزعه بعده ١٥ يوماً . ويستعمل معالجة ترويضية واستحرارية (diathermo-thérapique) (١٥ — ٢٠ جلسة) فتستعيد العضلات قوتها ويتمكن الجريح مزاولة عمله بسرعة . وقد توصل هذا المؤلف بتدبيره هذا الى حذف معاشات العجز بتاتاً .

بودلاها : لا يرتأي بابداء رأي عام بل ان كل كسر يستدعي بحسب

حالته معالجة موافقة له . وهو من محبذي المعالجة بالتجبير الذي ينجح دائماً . ويستعمل الرد بآلات جارّة مستندة الى العظم في الكسور القديمة . ولا يستعمل الاستجدال الا في الكسور التي لا يستطاع ردها بالطرق الاخرى . وقد جاء هذا المؤلف باحصائه وطرحه للمناقشة .

بوفر : يحبذ المثبت الخارجي الذي وضع نموذجاً شخصياً منه ذا محويات غير متأكسدة . وقد عرض طريقته ونتائجها .

ديكر : جاء بنتائج متضادة في الظاهر فان المرضى المعالجين بالتمديد المتواصل نالوا الشفاء باسرع من المثبتين بالجبس وفي الواقع فان التمديد المتواصل يؤخر الاندمال ولكنه يؤخره قليلًا اذا لم يطل امره ولم يفضِ الى فك القطع .فالتمديد والتثبيت بالجبس واجب اشراكهما في معظم الحالات.

فيربروغ : يجاري استاذه لمبوت ويقول بضرورة الرد الحسن وضبط القطع الجيد وقد انتقد جميع الطرق الا الاستجدال الآني بالخيوط الفولاذية والمثبت الخارجي . ولا يستعمل الجبس الا في الكسور غير المتبدلة .

اوفراي : يستنتج من ٩٩ كسراً عالج ٧٩ منها بالتجبير و٢٠ بالجراحة ان النتائج الجراحية كانت اسوأ من التجبيرية سواء أمن الجهة التشريحية (كثرة الدشابذ الكبيرة المؤلمة مع وذمة وضمور عضلي) او الوظيفية (ولا سيما حركات عنق القدم). وفضلًا على ذلك فقد ذكر خمسة اختلاطات عفنية مع التهاب عظم ونواسير من الحادثات العشرين التي عالجها جراحةً . وقد كان العجز الوظيفي الموقت او الثابت اعلى في حالات الاستجدال منه في حالات التجبير . وهو لا يدعو الى القضاء على الاستجدال بل يرغب في استعماله

فقط في بعض من الحادثات الصعبة ولا يجيز استعماله الا في الشعب الحسنة التجهيز وبايدي جراحين مهرة .

اريش : بعد ان رأى واستعمل هو نفسه الطرق المختلفة في معالجة كسور الساق اقتنع بان الاستجدال المعدني واجب في جميع الحالات الصعبة الرد او المتعذر ردها . حتى انه يفضله ويراه اسهل من الجر بالسفود. وفي الواقع فان الآراء تكاد تكون مجمعة على تجربة الرد التجبيري اولاً حتى اذا خاب لجيء الى الرد الجراحي بالاستجدال . وهو يعتقد ان الكثيرين من مناهضي الاستجدال يحبذونه متى رأوا لمبوت او دانيس يجريان عملياتهما . وانه لمن الخطاء ان ينتقد امرؤ طريقة مع انه لا يتبع في استعمالها القواعد الواجبة مراعاتها .

فريده : هو محبذ للاستجدال ومقتنع به منذ أمد طويل وقد بين ان النتائج السيئة التي يذكرها البعض لا يعود معظمها الى الطريقة نفسها بل الى الايدي التي تجريها فقد شاعت هذه الطريقة واستعملها من الجراحين من لا يحوزون معدات حسنة ومن لم يعتادوا مثل هذه الجراحة فاسأوا الى سمعتها كما قال لريش وهم مسؤولون عن الخيبة اكثر من الطريقة نفسها . ان اتقان الرد التجبيري (السفافيد عبر العظم) قد قللت الحاجة الى الاستجدال غير ان الطرق البسيطة التي اشار بها دانيس تنفخ في الاستجدال روحاً جديدة وقد ذكر المؤلف في سياق بحثه ان المفاصل الموهمة باعتراض العضلات هي اقل مما كان يظن .

جوده: هو يحبذ تجربة الرد على منضدة التجبير في الساعات الاولى .

والرسم الشعاعي او المعاينة الشعاعية نفسها تبين ما اذا كان الرد قد حصل ام لم يحصل فاذا كان قد تمّ يثبت في جهاز جبسي معين وقد دلت مراقبة الجرحى ان الرد لا يتبدل بعد ذلك في الكسور المعترضة. غير ان الامر ليس كذلك في الكسور المنحرفة التي لا يضبطها الجبس جيداً بل تتبدل بعض التبدل وهي فيه. ويستطاع القول ان هذه النتيجة التشريحية ناقصة غير ان النتيجة الوظيفية قد تكون تامة على الرغم من نقصها ما زال محور الطرف قويماً. واذا لم يحصل الرد فالتوسط الجراحي واجب والمثبت الخارجي مفضل. وقد استنبط المؤلف مثبتاً بسيطاً لم يجنِ منه الا النجاح. فهو لم يصادف مطلقاً تأخراً في الاندمال بسبب بعد القطع المثبتة عن بؤرة الكسر.

ستولز: يوافق لريش في رايه وهو يعتقد ان الرد التشريحي واجب لحسن النتيجة الوظيفية. فعلى الرغم من اتقان طرق التجبير يرى نفسه مضطراً الى استعمال الاستجدال. وقد جاء باحصاء مشتمل على ٥٢ حادثة كانت النتيجة حسنة في ٣٠ منها اما ٢٢ الآخرون فلم يستطع مراقبتهم حتى انتهاء المعالجة غير انهم كانوا في حالة حسنة جداً ٣ - ١٠ اشهر بعد التوسط الجراحي.

دوبو دي فريناك: يعتقد ان الباحثين قد احسنا بلفتهما الانظار وتقديمهما البينة على ان حسن الوظيفة يستدعي رداً حسناً لا يتجاوز القصر فيه سنتمترين خالياً من الانحراف الزاوي والتبدل عرضاً الذي يضيق المسافة الظنبوبية الشظوية. ولم يرَ المؤلف نفسه مضطراً منذ ١٥ سنة الى الاستجدال في كسور الساق التي عالجها منذ اليوم الاول.

واما بعد اليوم الخامس عشر الى الثلاثين فلا يتوصل الجر الآلي وحده الى الرد الحسن بل يجب التوسط الجراحي في شعبة جراحية حسنة التجهيز .

ادنو : يعتقد ان الاستجدال واجب في جميع الكسور الكبيرة التبدل الصعبة الرد الكثيرة القطع . والانتقادات الموجهة الى الطريقة يجب توجيهها في معظم الاوقات الى طرز اجرائها

ويلفت المؤلف الانظار الى الرأفة بالاقسام الرخوة واجتناب تعرية القطع عن السمحاق وحسن الرد والتثبيت المتين بصفائح لمبوت او حلقات بارهام بحسب انواع الكسر .

لبار : بعد ان كان من مكثري الى التوسط الجراحي انقصه اليوم معالجاً به الحوادث التي لا ترد بطرق التجبير . وقد صنع جهده لاتقان التجبير . ولاسيما منذ ان اصبح الرد ممكناً تحت مراقبة المعاينة الشعاعية في قاعة مضاءة بحسب طريقة ليدو لابار . وقد استعمل المؤلف هذه الطريقة وذكر مبدأها وطرز اجرائها .

سيمون : دعي كخبير في كثير من كسور الساق وهالته نتائج الاستجدال السيئة في الحوادث التي تأخر التوسط فيها او في ما اجرته منها ايد غير ممرنة او غير حائزة على معدات حسنة . ويلفت الانظار الى ضرورة التبكير في التوسط اذا لم يفض الرد التجبيري الى نتيجة حسنة ويلح بالعهدة بالمريض الى جراح ماهر وليس الى متمرن لم يعتد مثل هذه التوسطات .

فتلند : يعجب كيف ان الباحثين لم يفسحا المجال لطريقة دلبه وهو يعتقد انها اهملت لانها لم تستعمل حيث يجب استعمالها اما هو فقد استعملها منذ

امد مديد فكانت نتائجها حسنة جداً فاذا ما وضع جهاز المشي باكراً بعد ان تشد الساق الشد الكافي وتراقب بالاشعة يرد الكسر رداً حسناً وكافياً للحصول على نتيجة وظيفية جيدة . ويبدأ بالتحريك السريع والمريض في سريره فبالمشي منذ اليوم الثالث ، على ان يراقب المريض مراقبة دقيقة . ويستطاع القول ان الاستجدال اذا ما اتبعت هذه القواعد تقل اسبطباباته جداً اذا لم يتقلص ظلها بتاتاً .

مارسل سالشال : يوافق الباحثين على اختيار طريقة الضبط بعد رد الكسر الحسن . ويلفت الانظار الى بعض الوسائل التي اهمل امرها في التقرير :

١ً – المثبتات الخارجية ولا سيما مثبت جوده في الكسور الكثيرة القطع

٢ً – نحت نهايات القطع بحسب الطريقة التي دعاها في مؤتمر الجراحة الفرنسي الاربعين المنعقد في السنة ١٩٣١« طريقة النجار »ويأتي الآن على وصفها

٣ً – استعمال المنضدة الشعاعية الجراحية التي استنبطها وقدمها في مؤتمر السنة ١٩٣٢ .

باسكاليس : لم يلجأ الى التوسط الجراحي الا في خمس حادثات من ٥١ كسراً عالجها واربع منها لاعتراض عضلي . وهو يتقي التبدل الناشيء من مثلثة الرؤوس بتطويل الدابرة (وتراخيلوس) احياناً او بمراقبة المرضى المكررة بالاشعة وتبديل الجهاز كلما اقتضت الحالة .

ديلاجنيار الابن : يعجب لانه لم يجد في التقرير الطريقة التي اقترحها ابوه منذ امد مديد : وهي تطويل الدابرة مكافحة لشد المثلثة الرؤوس وتوصلاً الى حسن ضبط الكسر فضلاً عن ان هذه الطريقة خالية من

المحاذير واذا استعملت انقصت استطبابات الاستجدال كثيراً . فان المؤلف لم يلجأ قط الى الاستجدال في ١٤٣ كسراً مغلقاً عالجها مع پاين منذ السنة ١٩٣٠ وقدطوّل الوتر في سبع منها كان الكسر فيها حلزونياً اوطويل البرية

ماموتيل : ذكر آفات الاقسام الرخوة (الجلد ، العضلات ، الاوعية ، الاعصاب) في سياق الكسور ولفت الانظار الى نخر رؤوس القطع الذي يؤخر الاندمال او يحول دونه . والى طبيعة المعدن المصنوع منه جهاز الاستجدال .

ثم قال ان لكل طريقة استطبابات معينة :

فالجبس موافق للكسور المعترضة القابلة الرد وللكسور المنحرفة الخفيفة التبدل

والاستجدال لجميع الكسور غير القابلة الرد والضبط والكسور المزدوجة البؤرة والكسور التي ترافقها آفات وعائية او عصبية .

والتمديد المتواصل بالسفافيد والمثبتات الخارجية للكسور المتفتتة .

فليس على الجراح بحسب رأيه ان يتقيد بالاستجدال او التجبير بل ان يختار ما يوافق نوع الكسر من الطرق .

غريندا : لم يضع الا في اربع حادثات من مائة كسر عالجها ويستنتج من اختباراته :

١ً — ان التجبير بفضل تسفيد العظم قد تقدم تقدماً باهراً وحسنت نتائجه .

٢ً — في بعض الحالات النادرة (كسوز حلزونية طويلة وكسور

العظمين المعترضة في سوية واحدة) تشرك المعالجة الجراحية (الربط بحسب طريقة دانيس او السفود المنطمر في الجبس) مع المعالجة التجبيرية ولا تستقل عنها .

٣ً — بما ان العامل الاساسي في نجاح معالجة الكسور هو تنظيم مراكز مختصة وحسنة التجهيز وبما ان انشاء هذه المراكز لا غنى عنه لتعليم المتمرنين فهو يؤمل ان تنشأ في كبريات المدن شعب للكسور والرضوض .

فيراه : يرى ان ٩٥ ٪ من الكسور التي يبكر في معالجتها لا تستدعي التوسط الجراحي . واذا ما استعملت الاجهزة الحديثة ، واستعمالها واجب، في الرد عادلت نتائجها الحسنة نتائج الاستجدال مع خلوها من الاخطار . ويشير بالمعالجة الجراحية في الكسور التي مرت مدة على حدوثها ولم يعد ردها ممكناً وفي الكسور التي يرافقها اعتراض عضلي وفي المفاصل الموهمة .

❀ ❀ ❀

اليرقانات الكبدية المنشاء

(Les ictères d' origine hépatique)

للاستاذ . ج ترابو استاذ السريريات الطبية

الحد: تتلو هذه اليرقانات مرور الصفراء الى الدم وتتلو ايضاً اصفرار الدم (cholémie) وتتظاهر بمجموعة من العلامات المشتركة هي :

١ً — علامات انسمام صفراوي : ابطاء القلب ، حكة ، تعب ودعث مع هزال مترق .

٢ً - علامات ناجمة عن مرور الاصبغة الصفراوية الى الدوران : الرؤية الصفراء ، العشاوة (héméralopie) ، اصفرار الجلد والاغشية المخاطية

٣ً — علامات ازدياد كولسترين الدم وهي نادرة : الاورام الصفراوية (xanthélasma) .

٤ً — اضطرابات هضمية : قه (inappétance) زوال لون البراز اذا كان اليرقان بانحباس الصفراء وعلى العكس اشتداد لون البراز اذا كان اليرقان بازدياد افرازها (كثرة اللون (pleïochromie)

٥ً -- تغيرات بولية في البول : — أصبغة صفراوية (تفاعل غميلان) واملاح صفراوية (تفاعل هاي)

تغيرات دمية : في الدم ياقوت صفراء يكشف بحامض الخل الثلاثي الكلوروي فوق كلور الحديد الطبي (تفاعل فوشيه) . وقد تمر في النادر

الملاح الصفراوية وحدها او الاصبغة الصفراوية وحدها الى الدم فتحدث حالة سريرية خاصة تسمى يرقان غاربان وبروله المفترق ictère dissocié (de Garban et Brûlé) وفي بعض الاحوال النادرة قد لا ترى في البول اصبغة ولا ملاح صفراوية بل ترى فيه كمية ضئيلة من صفراء البول (الاوروبيلين) ويسمى اليرقان بدون بيلة صفراوية (ictère acholurique)

ولليرقانات الكبدية هذه اشكال سريرية عديدة نذكرها على التوالي :

١ً – اليرقانات انحباساً : يكون البراز فيها عديم اللون (البراز بلون المصطكى) والاغشية المخاطية والجلد شديدة اللون كما ان علامات اصفرار الدم على اشدها . وتقسم هذه اليرقانات الى يرقانات حادة ومزمنة تصادف في حصيات الصفراء ، وفي سرطان رأس المعثكلة ومنها ايضاً اليرقانات باصابة الخلية الكبدية وتقسم الى :

أ – يرقانات انتانية وتتصف باصفرار دم بين وبازدياد بولة الدم وكولسترينه واصطباغ البراز وضخامة الكبد وايلامها وضخامة الطحال وارتفاع الحرارة .

الاسباب : ـ الحميات التيفية ونظيراتها ، البرداء ، الافرنجي (الثانوي والثلاثي) المعصيات المولدة لليرقان الكوستا وتروازيه والعصية القولونية (اليرقان التالي للفقونات المعوية) والمكورة الرثوية (ذات الرئة اليرقانية ذات الانذار الخطر) وعصيات غارتنر المعوية (يرقان الانسمام بالوشيق اثر تناول الاطعمة المتفسخة) وتنضم الى هذه الزمرة بعض يرقانات الرضيع غير النوعية .

ب : يرقانات سمية : تنجم عن ترك الحمية والافراط في شرب المسكرات وعن الانسمامات : بالزرنيخ ، والفوسفور والكحول والغازات السامة والكلورفرم واعراض اصفرار الدم فيها معتدلة او غائبة .

ج : البرقانات المعرقلة لأمراض اخرى او البرقانات ذات السير البطيء : هي البرقانات المعرقلة للتكهبات : يرقان كهبة هانو الضخامية ويرقان اصفرار الدم العيلي .

١ : يرقان كهبة هانو : يتصف بالاوصاف التالية : يرقان شديد ، كبد ضخمة ملساء تبلغ حدودها السرة (ombilic) طحال ضخم ، سير مديد يستغرق سنوات يتعرقل بالنزف واسبابه مختلف فيها .

٢ — يرقان اصفرار الدم العيلي : — يتصف بما يلي : اصفرار الأدمة تلون الجلد اورام صفراوية ووحم (nævis) شمري ، سحنة خلاسية او صينية رؤية صفراء ، قناع صفراري . ويزداد ياقوت الصفراء في الدم فتبلغ نسبته فيه ٢٥٠٠٠/١ و ١٨٠٠٠/١ بينما نسبته الطبيعة ١/٣٦٠٠٠ وليس في البول اصبغة صفراوية (البرقان بدون بيلة صفراوية) بل فيه صفراء بول قد تكون كبيرة الكمية احياناً . الكبد والطحال ضخمان .

الانذار : ان العلامات التي تدل على استفحال خطر البرقان هي :

قصور الكليتين ، ارتفاع الحرارة واهتزازها ، ضخامة الكبد والطحال ، جفاف الفم والجلد ، الوسن (somnolence) والهذيان الليلي ، اجتياز بولة الدم حدّ الغرام في الليتر .

اما علامات البرقان الوخيم فهي :

١ً – علامات دموية: نزوف مختلفة: رعاف، قيء دم، تغوط دم، فرفرية ٢ً – علامات عصبية : هياج، هذيان ، اختلاج وسبات ٣ً – علامات كبدية : ضمور حجم الكبد وعلامات قصورها ٤ً – علامات هضمية : قهم تام، قبض وزوال الصباغ (acholie pigmentaire) ٥ً – علامات عامة: فتور (hypothermie) وتأسر (urémie) مترقٍ تبلغ بولة الدم فيه ٣ ـ ٥ غ

المعالجة: – يرقانات الاحتباس المزمنة : تعالج فيها الحصيات معالجة طبية او جراحية لازالة العائق

اليرقانات الانتانية: تعالج باللقاحات والمصول والادوية الكيمياوية الخاصة

اليرقانات السمية : تعالج بحذف العامل السام

و يجب في جميع الحالات فرض الحمية المائية او اللبنية واستعمال المياه المعدنية القلوية (كمياه فيشي وفالس الخ) . . ويركن ايضاً الى المعالجة بالقلويات باعطاء قدح ماء من محلول بورجه او ملعقة صغيرة من ملح سينيت صباحاً على الريق في قدح ماء فاتر .

اما معالجة الخلية الكبدية فتكون باعطاء صفصافات الصود وجاوات الصود بكميات قليلة وباعطاء البولدو

ويعالج الانتان بالاوروتروبين. وتستعمل المداواة الحكمية (الحقن الباردة (طريقة كرول Krüll) والحمامات الفاترة اذا كان ارتفاع حرارة

والمداواة بالاستعضاء (opothérapie) بحقن خلاصات الكبد (كاريون او شواي او باير) في اليرقانات الوخيمة .

❀❀❀

الجزء ٩ المجلد ١٢

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في آذار سنة ١٩٣٨ م . الموافق لمحرم سنة ١٣٥٦ هـ .

ترميم قناة الصفراء العامة

للجراح الدكتور نقولا ربيز (بيروت)

بمساعدة الدكتور انطوان غصن (بيروت)

نخصص معظم الجزء التاسع من مجلة معهدنا الطبي العربي لنشر بعض الابحاث العلمية الكبيرة الشأن التي القيت في المؤتمر الطبي المصري العاشر في بغداد(٩ شباط سنة ١٩٣٨) مثنين على زملائنا الكرام الثناء العاطر وناقلين ما كتبوه بكل امانة وملقين تبعة ما جاء من الاخطاء اللغوية والاصطلاحية في بعض هذه التقارير على المؤلفين انفسهم (المجلة)

لابد لكل طبيب او جراح ان يشاهد من وقت الى آخر حادثة ناسور صفراوي تخرج منه المادة الصفراء الى سطح الجلد مسبب عن عملية جراحية سابقة وغالباً عن استئصال الحويصلة ، مما يؤلم المريض والجراح معاً ولا يخفى عليكم ان حادثة كهذه يمكن للجراح اجتنابها فيما لو كان ملماً

بوضعية المجاري الصفراوية الشاذة وغير الشاذة وتشعباتها .

ومما لا ريب فيه ان عملية استئصال الحويصلة قد اصبحت كثيرة الحدوث مما يقودنا الى القول انها ربما كانت من العمليات البطنية الاكثر شيوعاً بعد عملية الزائدة الدودية حتى ان اكثر الجراحين لاحظوا انه في الكثير من الحالات يرافق التهاب الزائدة اصابة الحويصلة مما حدا بهم الى تسميتهما بالمرض ذي الرأسين

ولقد يشاهد الطبيب او الجراح مريضاً مصاباً ببرقان مزمن (حبشي كما يسميه العامة) سببه انسداد دائم في القناة الكبدية او في قناة الصفراء العامة ، متأت عن ورم سرطاني أو غير سرطاني او عن التصاقات التهابية او حصاة محكمة التمركز في القناة مانعة جريان الصفراء الى الاثني عشري وبديهي ان اسباباً كهذه لا يستطيع المريض تجنبها ولكن الجراح في غالب الاحيان يتمكن من معالجتها فيصلح القناة او يلاشي الناسور او يخرج الحصاة المتمركزة في القناة او يزيل الالتصاقات المزمنة او ربما يشفي قسماً كبيراً من الاورام اذا كانت موضعية وبالاختصار يقوم بكل ما يوحيه اليه فنه في سبيل اسعاف المصاب التعيس

لذلك ارى لزاماً علي قبل الولوج في صلب الموضوع ان اضع نصب عيونكم تركيب الاقنية الطبيعي والشاذ في الحالات التشريحية

القناة الكبدية : تخرج اقنية عديدة صغيرة من فصي الكبد الايمن والايسر وباقي اقسامه فتتحد وتؤلف اخيراً قناتين رئيسيتين (وفي بعض الاحيان اكثر من ذلك) يمنى ويسرى ومن اجتماع هاتين القناتين معاً

تتكون القناه الكبدية فيبلغ طولها حوالى ٣ سنتمترات وقطرها بحجم قطر ريشة الدجاجة وبعد ان تمتد من اسفل الكبد نزولاً بغير انتظام تتحد بقناة الحويصلة فتؤلفان معاً قناة الصفراء العامة .

الحويصلة : وهي كثيرة الشبه بالاجاصة تسع ٣٠ — ٤٥ غراماً وتكون عادة ملتصقة باسفل الكبد بواسطة نسيج خلوي سهل السلخ في اثناء العملية وقاعها يحاذي غالباً الطرف الاسفل من الكبد اليمنى يغطيها كلها البريطون الا حيثما تلتصق بالكبد. وقد تكون بحالة شاذة فتبدو غير ملتصقة بالكبد بل معلقة عند العنق والبريطون يغطي كل جدارنها الخارجية . او قد تكون متعددة او مفقودة تماماً

ونرى قبل ترك هذا الموضوع ان نقول كلمة عن شريانها لاهميته ابان اجراء العملية فهو يتفرع من شريان الكبد الذي ينقسم بعد ذلك الى انسي ووحشي بحسب الجهة التي يتبعها كل منهما عن جانبي الحويصلة المذكورة

قناة الحويصلة : وهي اطول بقليل من القناة الكبدية وقطرها نصف قطر هذه . تترك الحويصلة متجهة نزولاً الى الوراء لتتحد بالقناة الكبدية فيؤلفان معاً قناة الصفراء العمومية

وقد يأتي هذا الاتحاد على اشكال متعددة فندر ان نراها تتحد بالقناه الكبدية اليمنى

اما اتحادها الاعتيادي فغالباً ما يكون كما يلي :

١ – بهيئة زاوية حادة

٢ – تكون القناتان متوازيتين بدون التصاق

٣ - تكونان متوازيتين وملتصقتين بنسيج خلوي ليفي

٤ - وقد تتحد قناة الحويصلة بالقناة الكبدية بعد ان تدور حولها بشكل لولبي . ان كل هذه الاوضاع الشاذة الآنفة الذكر تولد صعوبة جمة للجراح اثناء العمل ولذا وجب عليه الالمام بها كل الالمام منعاً لحدوث اشتراكات مزعجة وربما مميتة .

قناة الصفراء العامة: باتحاد القناة الكبدية وقناة الحويصلة تتألف قناة الصفراء العامة يبلغ طولها نحو سبعة سنتيمترات وقطرها على الغالب نحو سبعة سنتيمترات تتجه نزولاً امام الوريد البابي ، متياسرة الشريان الكبدي وبعد ذلك متجهة نزولاً وراء القسم الاول من الاثني عشري الى ان تنتهي عند قناة المشكلة وتتحد بها فيثقبان معاً جدار القسم الثاني من الاثني عشري مكونتين فوهة تفريغ مشتركة اصغر قطراً من قطر كل واحدة منهما تدعى فوهة (مقرن فاتر) وكثيراً ما يسبب ضيقها المذكور آنفاً توقف الحصى فيها ولا بد لنا ان نذكر امكانية عدم اتحاد القناتين معاً فتدخل قناة الصفراء العامة الى الاثني عشري حيث تفرغ فيه رأساً.

اما وقد وصفنا تركيب الاقنية الطبيعي والشاذ في الحالات التشريحية فننتقل الان الى ايضاح بعض نقط نراها من الضرورة بمكان حباً بنجاح العملية من جهة وتجنباً لاشتراكات قد تكون موءسفة ان لم تكن القاضية على المريض .

تحضير المريض : ويتم ذلك كما يلي :

١ يجب اولاً فحص دم المريض من وجهتي مدة النزف ومدة التجمد

وهذه الاخيرة اذا تجاوزت تسع دقائق يستحسن عدم اجراء العملية قبل نقل الدم او على الاقل المعالجة بالادوية المخثرة للدم

٢ – يجب ايضاً قياس كمية اليوريه والسكر والكلور في الدم

٣ – كذلك يجب تطعيم المريض ضد اشتراكات الرئة والكوليباسيل ومكروبات التعفن واعطائه الكريوزوت يباب البدن

٤ – لا بد من تنظيف الفم وخلع الاسنان الموبوئة

٥ – قياس ضغط الدم

نوع التخدير : ١ – لا شك ان الاثير خير من الكلوروفورم اذا لم يكن ثمة من مرض في الجهاز التنفسي وعندها يفضل استعمال الكلوروفورم

٢ – وهنالك الافارتين (Avertin) ويحسن استعماله كاساس للتخدير

٣ – البنج الموضعي افضل من النوعين السابقين اذا كان بالامكان استعماله

متى يجب الامتناع عن اجراء العملية : ١ – في حالة الهزال الزائد

٢ – في حالة تصلب الشرايين مصحوباً بمرض كلوي مزمن

٣ – في السمنة الزائدة

٤ – انتفاخ الرئة

متى يجب التدخل الجراحي: هناك حالتان تستدعيان التدخل الجراحي :

١ – الانسداد الكامل في مجاري الصفراء العامة . ٢ – الناسور الصفراوي . ١ – ان اسباب الانسداد عديدة منها ما يعود الى وجود حصي في احدى الاقنية العامة تسد سداً كاملاً لا يتاح معه المادة الصفراء للجري في مجراها الطبيعي الى الاثني عشري.في هذه الحالة يمكن التريث

مع المعالجة الداخلية لمدة لا تزيد عن الشهر هذا اذا لم يكن ثمة من حرارة وهزال مستعجل وعلامات تعفن اخرى كما انه لا يستحسن ان تجاوز المدة الشهر لئلا يحصل التهاب سريع في البنكرياس او تقلص كبدي تدريجي مما لا يترك مجالاً للتدخل الجراحي . اذ نستطيع ضمن هذه المدة الجزم فيما اذا كان العلاج غير الجراحي كافياً لطرد الحصاة من القناة واني اثبت هنا احصاء بيوله (Piollet) يقول فيه ما مؤداه ان العمليات التي اجراهـا في الشهر الاول من ابتداء الانسداد نجحت نجاحاً تاماً ونجح خمسون بالماية مما اجراه منها في مدة تتراوح بين شهر وثلاثة اشهر . اما العمليات التي اجراها بعد ثلاثة اشهر فقد ادت جميعها الى الموت

ويحذر كهر وليجندر وشوفار (Kehr,Legendre, Chauffard) من اهمال امر الحرارة فان ابتداءها دليل على قرب الاشتراكات الخطيرة فلا رجاء معها بالانتظار بل يزيد العملية خطراً على خطر

ومما يجدر الانتباه اليه ما اذا كانت حالة المريض تنذر بالخطر اذ يجب عندها عدم استئصال الحويصلة والاكتفاء بشقها اذا كانت هذه صديدية او فيهـا حصى وبالعكس اذا كانت متقلصة صغيرة اتركها لفرصة انسب لاستئصالها وشق القناة العامة ووضع انبوب « كهر » بشكل T في هـذه الاخيرة وتصريف الاثنين الى الخارج . اما اذا كانت حالة المريض حسنة فيجب استئصال الحويصلة وشق القناة العامة وتنظيفها من الحصى واستعمال انبوب T في داخلها اذا كان ثمة من تعفن والا قطبت (وهذا غير ضروري) ووضع انبوب للتصريف في قعر الجرح . ولا يسهى عن البال ان استئصال

الحويصلة لا يمنع عودة الحصى المتولدة في الكبد او المجاري .

وقد تكون الحصاة غير مانعة تماماً مجرى المواد الصفراوية في الاقنية العامة من حولها فتسبب يرقاناً خفيفاً يعاود المريض في فترات مختلفة ففي هذه الحالة وجب التدخل الجراحي عند اول تشخيص حسب رأي دوراب-فيلار (Durab-Villars) واما الاسباب الاخرى فهي الاورام الخبيثة والندبة والالتصاقات الالتهابية وسنبحث عنها جميعها فيما بعد

٢ -- الناسور الصفراوي وهذا متى حصل يجب الاسراع في ازالته خصوصاً اذا كان ثمة من حرارة او سرعة في خسران الوزن الذي يكون بنسبة كمية الصفراء الضائعة ثم اذا كان الغائط خالياً من المادة الصفراء فهذا دليل على عدم وصول هذه المادة بتاتاً الى الاثني عشري مما لا يمكن ان تطول الحياة معه

اسباب الناسور : ١ - تكون خراج حوالى الاقنية الصفراوية متصلاً بها فاذا ما فتحه الجراح من اعلاه خرج الصديد وظهرت معه المادة الصفراء مما يترك وراءه ناسوراً ففي حالة كهذه تستأصل الحويصلة ويصرف قعر الجرح الى الخارج جيداً الى ان يلتئم رويداً ويشفى الناسور غالباً

٢ - تفريغ الحويصلة المريضة من قبل الجراح وقطبها الى الجلد للتصريف خارجاً مما يترك وراءه في بعض الاحيان ناسوراً وهواء حويصلياً محض ويشفى حالاً باستئصال الحويصلة واما ان يكون سداً في القناة العامة وحينئذ يفرز الناسور مادة صفراء صرفة ربما كانت كل المادة الكبدية او معظمها فيجب حينئذ زيادة عن استئصال الحويصلة إصلاح القناة وازالة السبب

الذي سنلم به فيما بعد وهو بيت القصيد

٣ – انواع انسداد القناة العامة التي تسبب الناسور الصفراوي

أ – وجود الحصاة وقد تكلمنا عنها سابقاً

ب – تضيق في القناة أثر ندبة. او التصاقات التهابية يجب تفريقها واستئصال الندبة مع ترسيع المجرى ثم وضع انبوب رفيع من المطاط في رأسه قطعة معدنية ذات ثقوب عديدة داخل القناة بحيث يكون الرأس متجهاً نحو الامعاء

واذا كان طرفا القناة بعد استئصال الندبة بعيدين واحدهما عن الآخر فالافضل بعد وضع الانبوب من الجهة الكبدية ادخال الطرف الثاني منه في الاثني عشري رأساً بعد اجراء الوصل المعروف على طريقة وصل الامعاء بالمعدة

ج – انسداد مسبب عن اورام خبيثة . فاذا كانت منتشرة او ممكن استئصالها وجب وصل القناة بالاثني عشري او بالامعاء او وصل الحويصلة بالامعاء كما يتراءى للجراح اكثر ملاءمة لحالة المريض . وهذه العملية تريح المريض مدة ولا تشفيه واذا كان الورم غير خبيث وموضعي واستئصل ثم اوصل كما ذكر اعلاه

د – وهنالك نوع آخر من الانسداد يعود الى استئصال الحويصلة بطريقة مغلوطة . ولذا وجب الحذر من جر الحويصلة كثيراً في اثناء ربط عنقها او ربطه قبل درسه جيداً او فصله عن الانسجة الملتصقة به وبالقناة الصفراء العامة كما انه يجب الانتباه الى ربط قناة الحويصلة من آخرها كي

لا يكون ثمة من مجال لترك مقرن اعور تتجمع فيه حصى جديدة

٤ - انسداد مقرن فاتر ويعود الى امرين :

اولهما وجود حصاةوهذا كثير الوقوع او الاصابةبورم خبيثفي فوهة المقرن وهذا ليس بالنادر . ففي الحالة الاول اي عند وجود الحصاة يجب فتح الاثني عشري واخراج الحصاة ووضع انبوب كاوتشوك حذراً من التضيق وفي حالة الاورام الخبيثة يجب فتح الاثني عشري وحرق الورم بالدياترمي او استئصاله وتسكير الامعاء وانهاء العملية حسب الاصول المتبعة . دون وضع تصريف للجلد

مشاهداتي السريرية

م . ف . عمرها ٤٢ سنة متزوجة ولها عدة اولاد . دخلت المستشفى يعلو جلدها اصفرار شديد وبها هزال قوي . نبضها سريع مع انحطاط في القوى وحالتها تنذر بقرب الأجل . بعد الاستقراء وجدت انه كان يعتريها منذ اربع سنوات نوبات ألم تحت الاضلاع اليمنى تستمر لمدة تتراوح بين اليومين والثلاثة يعقبها الاصفرار المذكور اعلاه ثم يزول بعد اسبوع وكانت هذه النوبات تنتابها مرة كل اربعة اشهر الا انه منذ ثلاثة اشهر تعاقبت النوب الواحدة تلو الاخرى مصحوبة بالام اشد من قبل وانسدت المجاري الصفراء فظهرت اعراض اليرقان المعروف عند العامة بالحبشي مصحوبة بحكة جلدية مزعجة بينما الغائط اصبح خالياً تماماً من المادة الصفراء

تلك كانت حالة المريضة عند دخولها الى المستشفى ولدى اجراء الكشف

السريري تبين لنا وجود ورم غير متحرك بحجم البرتقالة في موضع الحويصلة مع تقلص دفاعي في عضلات البطن والم موضعي شديد يعسر معه الجس . فافترض بعض الزملاء وجود ورم سرطاني واشاروا على المريضة بالذهاب الى اوروبا وبعد مجادلات عديدة ترك الامر للجراح ليقول قوله الفاصل فاجريت العملية فظهرت الحويصلة ضامرة بحجم الجوزة سميكة الجوانب ملتصقة بما حولها بداعي الالتهابات المزمنة . وبعد سلخها عما حولها واستئصالها وجدنا فيها حصاتين كبيرتين مع عدة حصى صغيرة اما القناة الصفراوية العامة فكانت متضخمة بقدر حجم البرتقالة ويزيد حجمها عن حجم الحويصلة باربع مرات وبعد شقها وجدنا داخلها حصاة كبيرة شاغلة كل تجويفها وقد اطبق عليها الغشاء المخاطي الملتهب تمام الاطباق فلم يعد ثمة من مجال للمادة الصفراء لتجري في مجراها الطبيعي لشدة احكام السد . شققنا القناة كما قلت واخرجنا الحصاة ووضعنا انبوب على طريقة ايزلسبرغ (Eiselsberg) وطوله اثنا عشر سنتيمتراً وقد حكمت في رأسه قطعة معدنية ذات ثقوب خوفاً من ترك القناة على الطبيعة فتضيق لاسيما وغشاؤها المخاطي مفقود من شدة الالتهاب وبوصول رأسه الى الاثني عشري تحققنا من عدم وجود اي سد آخر داخل القناة العامة وهكذا امّنا ترميم القناة وعدم تضيقها لبقاء الانبوب في مكانه مدة من الزمن . وبعد اربعين يوماً عرضت المريضة للتصوير بالاشعة فوجدناه على بعد عشرين سنتمتراً من مكانه الاول وبعد اربعة اشهر خرج مع الغائط ولا تزال المريضة حتى الآن تتمتع بصحة تامة وقد زالت عنها الآلام المرضية تماماً .

المشاهدة الثانية : و . ش . عمره ٤٥ سنة كان يشكو منذ ثماني سنوات ألماً في وسط بطنه يمتد الى الظهر والكتف ثم يزول بعد ساعات تحت تأثير المخدرات القوية . حصلت له منذ سنة نوبة استمرت اسبوعاً تاركة بعدها يرقان دام ستة اشهر ومنذ شهرين عاودته نوبة شديدة تاركة بعدها اليرقان واعراضه الكاملة وكان هنالك سد كامل للقناة العامة بينما الغائط كان خالياً من المادة الصفراء . اجريت العملية واستؤصلت الحويصلة وهي صغيرة الحجم سميكة الجوانب بحالة التهاب مزمن وخالية من الحصى . لم اربط طرف القناة لجهة المجرى العام بل بالعكس شققت هذا الطرف وتحديت شق القناة العامة نزولاً حتى تمكنت من ادخال ميل معدني ٢٠ و ٢٤ مما يستعمل عادة لمجرى البول للرجال فمر بسهولة في القناة العامة وفي مقرن فاتر حتى انتهى في الاثني عشري فعلمت عندئذ ان السد يجب ان يكون في القناة الكبدية وهناك قدرت بعد صعوبة كلية ان افصل الحل الصغير المسدود واوسع المجرى صعوداً الى الكبد وخوفاً من الضمور وتجدد الانسداد وضعت انبوب الكوتشوك ذا الرأس المعدني وانهيت العملية حسب الاصول المعروفة .

ان هذا الانسداد كان سببه مرور حصاة جرحت المجرى في تلك النقطة وعقب ذلك التهابات انتهت بالتضيق الكامل المؤدي الى اليرقان الحبشي المعروف .

ومما يجب ملاحظته بهذا الصدد انه لم يتيسر لنا معرفة مدة سفر الانبوب اذ خرج من المريض دون علمه كما اننا لم نجد له اثراً بعد اربعة اشهر بالتصوير الكهربائي . اما المريض فهو لا يزال تحت الملاحظة منذ ست سنوات يتمتع

بصحة جيدة جداً ولا يخلو بيته من عرق بكفيا يحتسيه مع ضيوفه في رغد من العيش .

المشاهدة الثالثة : ا . س . متوسط العمر دخل المستشفى وهو يشكو من ناسور صفراوي على سطح الجلد فوق الكبد تخرج منه كل المادة الصفراء وافول الكل بدليل لون الغائط الترابي الذي لم يكن يحوي شيئاً منها . اصيب بهذا الناسور اثر عملية جراحية اجريت له منذ اربع سنوات لاستئصال الحويصلة فاضحى هزيلاً خائر القوى يعتريه هبوط في معنوياته مدة اربعة اشهر ويأس عظيم يساوره فتحت وتبعت مجرى الناسور حتى وصلت الى منبع الصفراء وهي القناة الكبدية المقطوعة وهذا ليس بالعمل الهين نظراً للالتصاقات القائمة حول الناسور فارتاحت نفسي واطمأن قلبي عند ادخال الميل في القناة الى الكبد .

ثم بحثت ونجحت بعد عناء كبير في وجود الطرف الثاني من القناة العامة المقطوع وتأكدت ايضاً من ان القناة المشتركة غير مسدودة بحصاة لغاية الاثني عشري الذي كان مغطى بالالتصاقات . ففتحت هذا الطرف ايضاً وجمعت الاثنين معاً بعد ادخال انبوب ذي الرأس المعدني فيهما بقطب قابلة الذوبان وانهيت العملية كالعادة . وبعد خمسة اشهر خرج الانبوب واما الناسور فنضب حالاً بعد العملية . ولا يزال المريض منذ ذلك الحين يتمتع بصحة تامة .

❀❀❀

بعض الملاحظات

عن

حبة بغداد

في العراق

للدكتور ادور بصمه‌جي (العراق)

تمهيد : من المعلوم ان لهذه الآفة اسماء عديدة نظراً لوجودها في مناطق مختلفة في العالم ولكن يعتبر أ . لافران (A. Laveran) ان تسميتها «بليشمانيوز الجلد» (Leishmaniose cutanée) هي علمية اكثر من غيرهـا كما ان تسميتها «بحبة الشرق» هي ايضاً من المصطلحات المقبولة والمستعملة اعتيادياً

نظرة تاريخية : يظهر ان حبة بغداد موجودة في العراق من زمن بعيد لان الاطباء العرب استعملوا انواع العقاقير لمداواتها ولا نزال نجد في ايامنا هذه قسماً عظيماً من الاهالي يستعملون علاجات مختلفة من حيث الاصل منها نباتية ومنها معدنية واخرى عضوية ولـكن وصف الآفة هذه لم يحصل الا في اواخر القرن التاسع عشر من قبل بعض السياح الغربيين الذين اصيبوا بها اثناء زيارتهم العراق والذين لاحظوا وقعاتها العديدة بين السكان ولـكن هذه المشاهدات كانت في وقت لم يكن فيه العامل المرضي معروفاً ولمـا اكتشف ج . هـ . رايت (J, H: Wright) عام ١٩٠٣ العامل المرضي «لحبة الشرق» دخل الداء في دوره العلمي الحديث

التقسيم الجغرافي : ان حبة الشرق منتشرة في جميع انحاء العراق ولكن وقائعها تختلف بحسب المناطق وهي بصورة عامة توجد بكثرة في المدن الكبيرة كبغداد ولذلك سميت « بحبة بغداد » اما في القرى فوقائعها محدودة ويمكننا ان نقول بصورة عامة ان حبة الشرق منتشرة في جنوب العراق اكثر من شماله نظراً لوجود المستنقعات التي هي احسن بيئة لنمو ومعيشة انواع الحشرات مضافاً الى ذلك الاحوال الجوية الملائمة

اما النقطة المهمة في التقسيم الجغرافي لحبة الشرق فهي ان عدد الاصابات في المدن الكبيرة كبغداد تختلف بحسب المناطق اذ نشاهد في البعض منها كثرة الاصابات وفي المناطق الاخرى لا نرى لها الا وقائع معدودة

بحث اسباب المرض : تظهر حبة بغداد عادة عند الاطفال من سكان البلاد بين السنة الاولى والثالثة من العمر ونادراً في الرابعة والسبب في ذلك هو ان الطفل يبدىء بالمشي بين الاثنى عشر والاربعة عشر شهراً وبتجولاته يتعرض الى لدغ البعوض . وفي بعض الاحيان تظهر الحبة منذ الشهر الثامن او التاسع وقد شاهدنا وقائع في الشهر الثالث والخامس من العمر وسبب قلة الوقائع في الاشهر الاولى هو ان الطفل يكون تحت مراقبة والدته لا يتعرض الى لدغ البعوض بسهولة او لاسباب اخرى لم تزل غامضة

اما ظهور الحبة عند البالغين فهؤلاء يكونون عادة من الاجانب المقيمين في البلد او السياح المارين بها وبعض الاحيان من العرب الرحل الذين يؤمون المدن او القرى في الوقت الملائم لاخذ المرض

لقد كانت نسبة الاصابة سابقاً بحبة الشرق تقدر بثمانين في المائة من

السكان في المدن وربما كانت اكثر من هذه النسبة ويكفي للتأكد من ذلك التجول في شوارع بغداد لرؤية الحبات على وجوه الاطفال او الندبات المعروفة عند البالغين

والشيء الذي يستحق الذكر هنا والمستمد من المشاهدات المحلية في الوقت الحاضر هو ان عدد وقائع هذه الآفة في بغداد خاصة اصبح في تناقص ويتضح ذلك بصورة خاصة في قلةاصابة الاجانب القاطنين في بغداد ولو بعد مرور سنين طويلة من اقامتهم في البلد ويعزى ذلك حسبما نعتقد الى التقدم الحاصل بتطبيق القواعد الصحيةمن قبل الاهلين

تبدىء الاصابة في الصيف في شهر حزيران وتموز او اغسطوس وبعد انتهاء دور التفريخ الذي يتراوح بين الشهرين والثلاثة أشهر في اغلب الحوادث تظهر الحبة وتنمو الى شهر كانون الاول اذ تدخل في دور النضوج وتبقى الى شهر آذار ومن ثم تشفى تدريجياً . واذا ظهرت الحبة في غير الاوقات المذكورة فيمكن اعزاء ذلك الى زيادة مدة دور التفريخ . اما الحبوب التي يمكن ظهورها بنتيجة التلقيح الذاتي فليس لها قاعدة ثابتة

البحث السريري . دور التفريخ : لا يمكن البت في تعيين دور التفريخ في حبة بغداد وذلك لصعوبة تحديد تاريخ ابتداء الاصابة الطبيعية كما ان درس هذا البحث يجابه صعوبات مختلفة ولأجل ذلك فقد اتجه الذين درسوا هذا البحث الى التلقيح التجربي عند الحيوانات والانسان لحل هذه المعضلة فمثلًا يعين لافران (A. Lavera n) خمسة عشر يوماً لأقصر مدة وسبعة اشهر لأطول مدة وشهرين للمدة المتوسطة . وقد ذكر ونيون

(G, M, Wenyon) حوادث للعراق كانت فيها المدة تتراوح من خمسة عشر يوماً والستة اشهر ويظهر ان مدة التفريخ المتوسطة تتراوح بين الشهرين والثلاثة اشهر في اغلب الاحوال

الوصف السريري : تشاهد حبة الشرق في بغداد على نوعين بالنظر لشكلها وحجمها فالنوع الاول تكون فيه الحبة عقدية لا تتقرح عادة واذا تقرحت فانها لا تنتشر بل تبقى صغيرة . والنوع الثاني تتقرح فيه الحبة عاجلًا بانتشار الموات في البشرة السطحية من الجلد وهذا يمتد الى اطراف الحبة ويكبر خاصة اذا حصل اختلاط ثانوي كما هو الحال في هذه الوقائع

تطور الآفة : تظهر في بادىء الامر الحبة كبقعة حمراء صغيرة اشبه بعضة البعوض ولكنها تدوم وتكبر وتصبح حليمة تتوسطها عقيدة ومن هذا الدور يختلف تطورها فاذا كانت من النوع العقدي يظهر على سطحها قشور بيضاء يابسة متفلسة وعند سقوطها تظهر تحتها الآفة على هيئة منطقة متحبية ذات لون ضارب الى الحمرة ويعقب ذلك تكوّن قشرة اخرى تغطي هذه المنطقة حتى يتم تحتها النسيج التندبي . ولا يطول بقاء هذه القشرة اذ تسقط كاشفة عن منطقة ندبية بيضاء صغيرة ومحفورة قليلًا لا تتجاوز عادة حجم الفلس مع العلم بان ذلك يتوقف على كبر العقدة الاصلية

اما في النوع التقرحي فان تطوره يبتدىء بموات مركزي فعال في العقدة وينتشر هذا الموات فيها باتجاه محيطي وعلوي مؤدياً الى تقرح العقدة ويتم ذلك خلال بضعة اسابيع وتبلغ عادة سعة التقرح الناتج من هذا الموات ما يقارب سطح الريال بالغاً دور النضوج . وفي هذه الحالة يغطي سطح

القرحة الذي لا يخلو من جراثيم ثانوية وخاصة من نوع المكورات العنقودية طبقة مكوّنة من تجمد النضيض الحاصل منها

واذا سقطت القشرة لسبب من الاسباب تحل محلها بعد ايام قلائل قشرة اخرى من نفس المادة وتتصف القرحة بكونها عميقة حمراء اللون فيها عدد من الازرار اللحمية المتكاثرة وهي تكون دائرية الشكل او بيضوية غير منتظمة الحواف ومحاطة بمنطقة حمراء ويتم هذا الدور خلال مدة تتراوح بين الشهرين والخمسة اشهر ويعقب ذلك دور التندب او دور الشفاء

ان النوع المذكور هذا من الحبة يشاهد في اغلب الاحوال في العراق ولكن يمكن وجود انواع اخرى ويتوقف ذلك على عوامل مختلفة كوجود عقد ثانوية تتصل بالعقدة الاصلية مؤدياً الى حدوث قرحة واسعة والتي يمكن بدورها ان تتوسع على اثر وجود الجراثيم الثانوية. وفي احوال اخرى يمكن مشاهدة اضمحلال العقدة الاصلية تدريجياً دون ان يتم تطورها على الصورة التي سبق ذكرها

ويجري دور الالتئام او الشفاء بصورة بطيئة بزوال المنطقة الحمراء الموجودة حول الحبة ويعقب ذلك انخفاض اطراف القرحة وتزداد فعالية التزرر اللحمي في الجلد مؤدياً الى تكرر تكوين القشرة على اثر تساقطها وفي كل مرة تكون اصغر سعة من السابقة لتقدم الالتئام واخيراً تحصل الندبة بشكلها الثابت المعلوم

ان دور التطور لحبة الشرق يتوقف على عوامل عديدة ككثرة او قلة الطفيليات او مقاومة الجسم ونظافة الجلد كما يتوقف ذلك على طرز التداوي

ايضاً وعلى كل حال فان هذا الدور يستغرق السنة الواحدة ولذلك سميت الآفة ايضاً (بحبة السنة) كما انه يلاحظ احياناً ان هذا الدور يستغرق مدة اطول لا تزيد عن الخمسة عشر شهراً او اقل لا تقل عن الثمانية اشهر

عدد الحبات: يكون عدد الحبات عادة بين الاثنتين والخمسة كما يمكن ان يكون عددها اقل او اكثر تكون بادوار مختلفة من تطورها

مواقع الحبات في الجسم: تظهر عادة حبة بغداد في اقسام خاصة في الجسم كمختلف نواحي الوجه او في الساعد وظهر اليدين والساقين وظهر القدمين كما يمكن ظهورها ايضاً في النواحي الاخرى من الجسم اذا كانت مكشوفة ايضاً ويتوقف ذلك على عادات وطرز لباس الافراد

الاعراض: لا توجد اعراض عامة عند المصابين من الاطفال او البالغين كما ان الاعراض الموضعية تكون بسيطة وهي عبارة عن حساسية خفيفة في منطقة الحبة وحواليها وتزداد في الحالات التي تشترك فيها الجراثيم الثانوية فقط وهذه تعتبر من اهم الاختلاطات الحاصلة للحبة اذ ترى خاصة عند الذين لا يعتنون بنظافة الجلد. ولدى حصول هذه تتقيح الحبة وتنتشر حتى تصبح في بعض الحالات بسعة الكف مشوهة المنطقة التي تقع فيها

العامل المرضي: لقد ثبت بنتيجة مختلف التحريات الدقيقة التي اجريت من قبل س. م. ونيون (C.M. Wenyon) في بغداد سنة ١٩١٠ ثم ف. ب. كونور و هـ. أ. شورت (F.P. Connor T.H.E. Short) عام ١٩١٨ وكذلك اكتن (Hugh W. Acton) سنة ١٩١٩ و ر. ج. ج. اتكنس (R. G, G. Atkins) سنة ١٩٢٤ و س. ادلر وثيودور

(S. Adler T O. Theodore) عام ١٩٢٨ وخاصة تحريات ماك هاتي . وملز و جادوك (C. Mc Hattie, E.A. Mills , et Chadwick) من ١٩٢٧ الى ١٩٣٦ بان صفات العامل المرضي اي الليشمانيا تروبيكا (Leishmania Tropica) المسبب لهذه الآفات في العراق لا تختلف عن صفات العامل المسبب لنفس الآفات في البلاد الاخرى اذ ان له نفس الخواص سواء كان ذلك في اوساطه الحيوية او الزرعية

التشريح المرضي : لما كان من الصعب الحصول على النماذج اللازمة الخاصة بمختلف ادوار تطور حبة بغداد عند الانسان لاجل الفحص النسجي الحيوي فقد اتجه ملز . وماك هاتي (E.A. Mills & C. McHattie) لدرس هذا البحث عند الكلاب ونورد فيما يلي نتائج ابحاثهم هذه

ان نمو البؤرة الابتدائية يحدث كنتيجة للتجمع الموضعي للخلايا الآكلة الكبيرة (Macrophage Cells) التي يشاهد داخلها عدد من الليشمانيا (Leishmania Tropica) وينتشر من هذه البؤرة ترشح بطيء في النسيج الادمي مكون من الخلايا الآكلة الكبيرة الملوثة بالطفيليات . وان من المظاهر التي تستدعي الالتفات ترشح الخلايا من نوع (Plasma Cell) حول الاوعية وان لوجودها علاقة مباشرة بالاوعية الشعرية الدموية . وبازدياد حجم العقدة يحدث التوسع على الاخص باتجاه علوي نحو سطح الجلد كما يحدث ذلك بنفس الوقت ايضاً باتجاه جانبي . ويلاحظ في الآفات المتقدمة استحالة بطيئة للطفيليات الموجودة داخل الخلايا القديمة بينما يرى في الخلايا الموجودة في الاطراف عدد وافر من الليشمانيا تروبيكا لها صفات

حيوية قوية وتجلى باخذها الاصباغ بصورة جيدة

يلاحظ ايضاً بان منشأ العقدة هو من امتزاج مجموعة واحدة أو اكثر من الخلايا المجهرية . والتقرح يحصل بنتيجة الموات الحاصل في بشرة الجلد كما ان سمة القرحة يتوقف على كبر العقدة الاصلية والعقد المشتركة معها ويتقدم التقرح وجود بضمة خلايا ذات النوات المتعددة وعند وقوعه يرى ترشح عظيم من الخلايا اللوكوسيت ويحصل الالتئام بواسطة تحبب مطرد . ولم يشاهد في الآفة حصول مناطق جبنية (Caseation) او وجود الخلايا العظيمة (Giant Cells)

التشخيص : ان تشخيص حبة بغداد بدرجة من السهولة بحيث يشخصها الاهلون انفسهم وفي الحالات المشتبهة يكفي أخذ قليل من السائل الرشحي بعد بزل اطراف الحبة وتحري الليشمانيا مجهرياً .

الانذار : ان حبة بغداد سليمة العواقب عدا ما يمكن ان يعقبها من التشويه في بعض المناطق الخاصة اذ يحصل شفاؤها في جميع الاحوال حتى اذا اهملت ولم تعالج ولهذا السبب يلاحظ عدم اهتمام الاهالي بمعالجتها وقد اعتادوا تركها وشأنها مجتازة مختلف ادوارها رغم حصول الاختلاطات الثانوية المحتملة

البحث الوبائي ، الاصابة الطبيعية : لاحظ المتتبعون لهذا المرض انه ليس محصوراً في الانسان فقط بل انه يصيب بعض الحيوانات خاصة الكلاب واول من اشار الى ذلك ويلمن (Willemin) عام ١٨٥٤ على اثر مشاهداته في حلب . وقد ثبت وجودها عند الكلاب في بلادنا حسب مشاهدات ماك هاتي . وملز . وجادويك ,C. McHattie)

Mills, & C,R. Chadwick) وذلك عام ١٩٢٧ كما ان تطور الآفة عند هذه الحيوانات هو نفس التطورات الحاصلة عند الانسان اي ظهورها في اشهر الشتاء وشفاؤها في شهر مايس مع العلم بان هذا المرض محصور في كلاب المدن والقرى فقط ويلاحظ بان ظهوره في كلاب البادية يحصل على أثر استصحابها الى المدن في الموسم المناسب للاصابة

وقد لاحظ المذكورون بان الاصابة تحصل عند الكلاب على اختلاف اعمارها واجناسها كما ان نتيجة تشريحهم لمائة وثلاثين جثة كلب مصابة وفحص احشائها مجهرياً لم يظهر وجود الليشمانيا تروبيكا (Leishmania Tropica) في الاحشاء الباطنية من نخاع عظمي وكبد وطحال وبهذا ينفى وجود الليشمانيوز الباطنية وكذلك المرض الاسود او الكلازار (Kala-Azar) عند الكلاب

اما موضع الحبات عند الكلاب فيكون في النواحي الخالية من الشعر كالبوز والاجفان والاذنين وقاعدة الاظافر ولم تشاهد اصابة الاغشية المخاطية للفم والانف عند هذه الحيوانات . ويعقب الاصابة عندها الندبة المعلومة والمناعة الدائمة .

وقد ذكر ماك هاتي وجادويك (C. McHattie & C.R. Chadwick) اصابة طبيعية للدب سنة ١٩٢٦ وواقعة واحدة عند القط عام ١٩٣١ فقط . ويظهر من هذا البحث ان البؤرة لهذه الطفيليات توجد عند الانسان والكلاب خاصة من الحيوانات

الاصابة التجربية : نظراً لاهمية موضوع الاصابة التجربية لحبة بغداد

نورد فيما يلي بعض النقاط الخاصة بها

لقد ذكر س . نيكول ول . مانصو (C. Nicolle L &. Manceaux) وكذلك أ . لافران (A. Laveran) بنجاح التلقيح التجربي لحبة الشرق عند الكلب ولكن س . ونيون (C. Wenyon) لم ينجح في ذلك ببغداد كما ان س . ماك هاتي و جادويك (C.McHattie& C.R. Chadwick) لم يحصلا على نتيجة مثبتة فيما يخص ذلك رغم المحاولات العديدة التي اجرياها كتلقيحهم الحيوان بالليشمانيا تروبيكا (Leishmania Tropica) المأخوذة من الوسط الزرعي او رأساً من الحبة كما ان حك انف كلب مصاب بانف كلب سليم بعد تشريطه لم يأت بنتيجة ايجابية .

وقد نجحت هذه المحاولات عند حيوانات اخرى كالقط من قبل ونيون (C. Wenyon) والفار من قبل لافران (A. Laveran) وماك هاتي. وجادويك (C.McHattie & C.R. Chadwick)

وقد ظهر ايضاً على ان الحيوانات التي تفلح فيها الاصابة التجربية الجمار والحصان والمنزة والخروف والارنب والطيوز على اختلاف انواعها .

لقد ذكر أ . لافران (A, Laveran) في كتابه عن الليشمانيوز الصادر عام ١٩١٧ صحيفة ٤٢٥ نقلًا عن باتريك مانسن (Patrick Manson) في كتابه عن الامراض الاستوائية (Tropical Diseases) الطبعة الخامسة صحيفة ٢١٧ ان يهود بغداد اعتادوا اجراء التلقيح الاختياري عند صغارهم في النواحي غير المكشوفة عادة من الجسم تخلصاً من حدوث اصابات الحبات على الوجه خاصة . كما ذكر نقلًا عن الدكتور ساعاتي في الموصل

الذي يقول بنجاح التلقيح الاختياري وانه اجرى بنفسه التلقيح عند ٣٦ شخصاً ظهرت على اثرها الحبات بعد مرور شهرين منه . على ان ماك هاتي وجادويك (C. McHattie & C. R. Chadwick) يعترفان بعدم نجاحهما بتلقيح الكلاب ولم يتمكنا من نقل الاصابة من انسان الى انسان كما ان محاولاتهما احداث الاصابة عند الانسان بتلقيحه بالطفيليات المنقولة من وسطها الزرعي لم تثمر . وعبثاً حاولنا العثور على من كان يقوم بالتلقيح الاختياري في الاوساط اليهودية في بغداد وعن طريقة اجراء ذلك فظهر لنا أنهم لا يعرفون شيئاً ثابتاً عن ذلك ولم يعتادوا ممارسته . يظهر بعد سرد ما تقدم ان ادعاء الدكتور ساعاتي بنجاحه في التلقيح الاختياري امر مشكوك فيه .

طرق انتشار ليشمانيوز الجلد : كان الاعتقاد السائد قبل اكتشاف رايت (G.H. Wright) عام ١٩٠٣ العامل المرضي انحبة الشرق تنتقل بواسطة المياه والاتربة وعلى اثر ذلك نبذت هذه النظريات القديمة وحلت محلها الدراسة العلمية الحقيقية على ضوء هذا الاكتشاف فيما يخص العدوى بهذه الآفة .

ونظراً لعدم امكان نقل المرض من شخص الى شخص او من حيوان الى حيوان بصورة مباشرة في الاصابة الطبيعية وصعوبة حصولها في المحاولات التجربية فلاجل ذلك لا يجوز قبول نظرية العدوى المباشرة من شخص مريض الى شخص سليم اذ لو وقع ذلك لشاهدنا اصاباتها طوال السنة مع اننا نرى ان لها في العراق موسمها الخاص اذ تظهر في الشتاء

فقط وتنتهي في اوائل الصيف كما ذكرناه سابقاً . وكذلك الامر في نظرية المدوى بواسطة التلقيح الذاتي فانه مشكوك فيها رغم كونها مقبولة عند البعض من المتقدمين وعلى هذا الاساس فانه ليس من الممكن ايضاً قبول نظرية التلقيح غير المباشر بواسطة الالبسة الملوثة مطلقاً .

يظهر بان الطريقة الوحيدة التي يمكن بواسطتها تفسير كيفية انتقال حبة الشرق هي الحشرات المجنّحة لا سيا وان ظهور الحبات يقع عادة في المناطق المعروضة للدغ وهي المكشوفة من الجسم. وعلى هذا الاساس فقد اتجه المتتبعون الى دراسة انواع الحشرات للوقوف على النوع الخاص منها والذي بواسطته تتم العدوى

وقد كانت نتائج تجربات ونيون (C.M .Wenyon) عام ١٩١٠ و اكتن (H. W, Acton) عام ١٩١٩ وپاتن (W.S. Patton) سنة ١٩٢٠ وماك هاتي . و جادويك (C. McHattie & C.R. Chadwick) عـام ١٩٣٨ وخاصة ماك هاتي (C. McHattie) الى سنة ١٩٣٦ في العراق ان بق الفراش ، (Cimex) والبرغـوث ، والقمل ، والذباب (Musca Domestica) وذباب ستومـوكسس (Stomoxys Calcitrans) وبرغش الـكلاب (Hippobosca Canina) والخيل(Hippobosca Equina)ونوع الانوفيل(Anophele)والكوليكس (Culex Fatigans) والستيكوميا (Stegomya Fasciata) من البعوض ليس لها اية علاقة بنقل حبة الشرق وان النوع الوحيـد من الحشرات الذي له صلة بهذه السراية هو نوعا الفليبوتومس پاپاتاسی وسرجنتي

(Phlebotomus Papatasi Phlebotomus Sergenti) الموجودان في بغداد واللذان يظهران من شهر مارت ويزدادان عدداً تدريجياً ثم يقل وجودهما بتقدم الحر حتى يختفيان تماماً في اشهر الصيف وبعده يبدآن بالظهور في الخريف ويبقيان الى شهر نوفمبر ويعقب ذلك اختفاؤهما التدريجي ويزولان تماماً خلال فصل الشتاء

لقد اثبتت التجارب التي اجريت من قبل ادمون وسرجان (Edm & Et. Sergent) سنة ١٩١٢ وپارو . ودوناسين وبريكي (L. Parrot A, Donatien & M. Breguet) عام ١٩٣١ ثم ادلر وتيودور (S. Adler & O. Theodore) في بغداد والموصل ١٩٢٥--١٩٢٩ وكذلك ماك هاتي . وجادويك ١٩٣١ وماك هاتي في بغداد ١٩٣١ - ١٩٣٦ ان للفليبوتوم (Phlebotome) علاقة مباشرة في نقل طفيليات حبة الشرق وذلك بعد ان تأكدوا وجود هذ الطفيليات عنده طبيعياً واستطاعوا تحقيق احداث الآفة عند الانسان والحيوان بلدغة البعوض الحامل للطفيليات بعد ان غذّي على الحبة كما انه تمكنوا من احداثها بعد زرق السائل الحاصل من سحق البعوض المصاب . وقد شوهد وجود طفيليات الليشمانيا ترويكا (Leishmania Tropica) ذات الاسواط (Flagelles) في الجهاز الهضمي لهذه البعوض وقد ذكر ادلر . وتيودور (S. Adler & O. Theodore) الطفيليات في ٧ من ٤٠٧٠ فليبوتوم (Phlebotome) كما ان پارو ودوناسين (L. Parron & A. Donatien) وجدا واحدة من ١٨١ . اما ماك هاتي (C. McHattie)

فلم يجد الليشمانيا تروبيكا (Leishmania Tropica) في ١٥٠٠ فليبوتوم .
ويمكن تفسير ذلك مبدئياً بان انتان الفليبوتوم بالطفيليات لا يحصل اذا لم يتغذ البعوض على الآفة الفعالة والا فان نتيجة لدغته في النواحي الاخرى من الجسم لا تؤدي الى انتانه لعدم امكان وجود الطفيليات في الدم المحيطي والاعتقاد هذا ربما يؤيد قلة انتان الفيلبوتوم (Phlebotome) نظراً لقلة العدد المصاب منها

ولكن نظراً لكثرة وقائع الحبات الذي لا يتناسب مع قلة عدد الفليبوتوم المصاب فان من الاحرى الاعتقاد بوجود منابع ووسائط اخرى ناقلة عدا الفليبوتوم

نعتقد ان لهذه الملاحظات أهميتها فيما له علاقة بانتشار حبة الشرق لاسيما في العراق نظراً لكثرة وقائعها ونأمل ان تكون موضوع دراسة وتتبعات جدية لاجل التوصل الى حلها والوقوف على حقيقة ذلك علمياً

المناعة: يظهر من المشاهدات الكثيرة ان الشخص الذي يصاب بحبة بغداد يكتسب مناعة ثابتة اذ لم يكن المعتاد اصابته للمرة الثانية وانما الناحية المهمة من هذا الموضوع هي الوقت الذي تبدأ فيه المناعة على هذا المرض الموضعي الجلدي .

يظهر ان المناعة لا تحصل عند الشخص المصاب الا بعد اجتياز الاصابة قسماً من ادوارها وليس من الممكن تعيين الدور الذي تحصل فيه هذه المناعة اذ لوحظ حدوث اصابات متتالية في بعض الوقائع في مختلف ادوار الاصابة الاولى . كما يلاحظ ان الذين يعالجون في الدور الاول من الاصابة

ويتخلصون منها يصابون بها مرة ثانية وان ذلك لدليل على ان المناعة لم تكتسب او لم تكن كافية في اثناء الدور القصير الذي اجتازته الحبة لوقاية الشخص من تكرر الاصابة بها . وعلى ذلك فان لا فائدة من معالجة الحبة في ادوارها الاولى الا اذا كانت في موضع يخشى تشويهه سوى الحالات التي تتعدد فيها الحبات اذ يعالج قسم منها ويترك القسم الآخر لاجل اكتساب المناعة .

يستنتج مما تقدم انه من الصعب معرفة الدور الذي تحصل فيه المناعة الثابتة وعلى كل فان من المؤكد اكتسابها بعد دور التندب

التداوي : تعالج حبة بغداد بطرق متعددة ولكننا لا نرى لزوماً لتعداد مختلف هذه الطرق وانواع الادوية المستعملة ونكتفي بذكر الطريقة التي نستعملها والتي اعطتنا نتائج حسنة .

ان اغلب الحالات التي اعتدنا معالجتها هي التي تقع في الوجه وامثال هذه الوقائع هي التي تحمل المصاب عادة او اهله على استشارة الطبيب .

وتختلف طريقة المعالجة بنظرنا حسبما تكون الحبة أو الحبات عقدية او متقرحة .

ففي وقائع الحبة العقدية نعالجها موضعياً بزرق محلول كبريتات البربرين (Berberine Acid Sulfate) بنسبة ٢ ./. وذلك بزرق المحلول في قاعدة الحبة وفي اطرافها من نواحي مختلفة على ان تكون الكمية المزروقة حسب سعة العقدة من ١ الى ٢ سم٣ مرة واحدة في الاسبوع .ولم نرَ لهذا النوع من التداوي اي محذور بعكس مادة الاميتين التي لا تنكر محاذيرها ولا سيما عند الرضيع .

وقد وجدنا انه يكفي عادة زرقتان او ثلاث للحصول على الشفاء التام في اغلب الاحوال وقد جربنا كبريتات البربرين (Berberine Sulfate) لأول مرة في سنة ١٩٣١ بعد الاطلاع على النتائج الحسنة على اثر استعماله من قبل ار . ل . فارما (R. L. Varma) و ب. ف . كرمشنداني - P.V. Karam-chandani) في كلكتا في الهند . وبعد ان تيقنا صحة ذلك شخصياً اخترناه في معالجة الحبات منذ ذلك مفضلينه على بقية المواد العلاجية

اما الاصابات المتقرحة والمصحوبة باختلاطات ثانوية فاننا نكتفي بمعالجتها بعد اسقاط القشرة بالضماد الساخن وغسلها بماء اليبور (Eau D'Alibour) المخفف بنسبة $\frac{1}{3}$ أم $\frac{1}{4}$ وبعده نذر عليها مسحوق الدرماتول (Dermatol) وتعاد هذه العملية مرتين يومياً في الايام الاولى ومرة واحدة فيما بعد وبهذه الطريقة تصغر الحبة تدريجياً وتميل الى الشفاء

الوقاية : تستمد طرق الوقاية الصحيحة من الوقوف على حقيقة منابع المرض وكيفية انتشاره ومعرفة الوسائط الناقلة له . والوقاية هذه تكون اما عامة او خاصة

الوقاية العامة: يظهر من البحث عن حبة الشرق في العراق في الوقت الحاضر ان البؤرة الحقيقية للطفيليات تنحصر في الانسان والكلب فمن الممكن اذاً اتخاذ بعض التدابير الفعالة لتقليل عدد الاصابات وحصرها . ويكون ذلك عند الانسان بمعالجة المصابين واتخاذ الوسائل الواقية الفردية اثناء المرض

اما عند الكلاب فيمكن حصرها ايضاً بقتل المتشردة منها ومراقبة ومعالجة الكلاب الخاصة عند الحاجة

ومن اهم النواحي في الوقاية العامة مكافحة الحشرة الخاصة ناقلة الطفيليات والحشرات الاخرى بصورة عامة ولكن من الصعب تحقيق ذلك نظراً لتعدد وسعة المناطق الموبوءة بها ولما يلزم من المبالغ الجسيمة للقيام بالمشاريع الضرورية للقضاء عليها .

الوقاية الخاصة : ويراد بها الوقاية الفردية التي تتعلق بنظافة الجلد بوضع المحاليل المطهرة على مختلف الجروح والتخرشات مهما كانت بسيطة وكذلك الانتباه الى مراعاة القواعد الصحية للنظافة لمنع حصول الاختلاطات المحتملة كما انه يجب محافظة الرضيع من التعرض الى لدغ البعوض . وفي الاحوال التي يقع فيها ذلك فان من المستحسن وضع صبغة اليود على موضع اللدغ

ان المثل الاعلى للتخلص من الاصابة الطبيعية تكون طبعاً باجراء التلقيح الاختياري للاشخاص في المواضع المختفية من الجسم وذلك باخذ الطفيليات اما من مصاب او من الوسط الزرعي الخاص بها والمعروف بوسط ن.ن.ن. Milieu N.N.N. (Novy - Niel Nicolle) ولكن مع الاسف تحول دون تحقيق ذلك صعوبات جمة هي السبب في عدم تطبيقه بصورة عملية واسعة .

الاستنتاج : ١ — ان حبة الشرق في العراق لها نفس الصفات المعروفة لهذه الآفة في البلاد الاخرى

٢ — تعتبر هذه الآفة من الامراض الاستيلائية وتصيب الاطفال من السكان على الاغلب

٣ - تظهر حبة الشرق في بغداد سواء كان ذلك عند الانسان او الكلاب في موسم خاص وهو فصل الشتاء

٤ — تكون الآفة على نوعين عقدية او متقرحة

٥ — تكون مدة تطور الآفة عادة سنة واحدة

٦ — ان الاصابة الاولى تكسب الانسان مناعة ثابتة

٧ — ان انذار حبة بغداد بسيط

٨ — لا تختلف صفات طفيليات هذه الآفة اي الليشمانيا ترويكا (Leishmania Tropica) الموجودة في الحبات سواء كانت عند الانسان او الحيوانات عن صفات الطفيليات المعروفة في البلاد المختلفة

٩ — توجد بوءرة هذه الطفيليات في العراق عند الانسان والكلاب

١٠ — يعتقد ان الواسطة في انتشار حبة بغداد في الوقت الحاضر هو بعوض الفليبوتوم (Phlebotome)

١١ — ان المعالجة الموضعية هي اسهل وابسط طريقة لمعالجة هذه الآفة

١٢ — ان الوقاية العامة صعبة التحقيق كما ان الوقاية الفردية لا تأتي بالفائدة المتوخاة

❀❀❀

الاخت

او

دمل حلب

للدكتور يوسف روضه استاذ امراض الجلد في الجامعة الاميركية (بيروت)

واسمها في العراق الاخت، في العجم حبة طهران، في حلب دمل حلب، في تركيا حبة اورفة او حبة عينتاب (عينتاب جوباني اورفة جوباني) ، في الهند حبة دلهي او بانجه او دمل كوندهار او حبة ناتال ، «حبة بسكرة» «حبة غاسة » حبة اريحا في« فلسطين » حبة النيل في مصر ، حبة بشامون في لبنان وفي سوريا سوف يضعون لها اسماً بمناسبة ظهورها بشكل وبأي من بضع سنوات (حبة السنة)

ويرى القارىء ان كثرة الاسماء تضيع الفائدة وتجعل بلبلة في الافكار واحياناً تضيع التشخيص . وبما ان هذا الدمل غير محصور في بلدة واحدة من بلاد الله ، فاني اقترح على اعضاء المؤتمر المحترمين ان يتفقوا بان يأخذوا بعين الاعتبار درس ما اذا كان ممكناً ان نضع له اسماً اقترحه على الزملاء الكرام وهو اننا كما يمكننا ان نترجم (Tropical Ulcer) بقرحة البلاد الحارة كذلك يمكننا ان نقول« دمل البلاد الحارة » عوضاً عن (دمل حلب)

وهكذا نكون قد تخلصنا من التبلبل في كثرة الاسماء وخصوصاً ان العدوى بهذا المرض ليست محصورة في البلاد الشرقية بل توجد بكثرة في المناطق الحارة وفي البرازيل والقسم الاكبر من اميركا الجنوبية حيث تعرف باسم اللشمنيوز الجلدي (Dermal Leishmanios)

ولقد عم انتشار هذا الدمل في المناطق الحارة يعني الشرق مع قليل من الحوادث في اوربا واميركا الشمالية خصوصاً الولايات المتحدة عقيب الهجرة الارمنية الى تلك البلاد وفي تلك الهجرة اتخذت لها اشكالاً مختلفة في الهيئة الخارجية وفي طريقة النمو حتى انه امسى من الصعب التفريق اكلينيكياً ومجهرياً بينها وبين بعض الحوادث الجلدية حتى على اكثر الاخصائيين حنكة ويظهر للمطلع على التقارير الطبية الواردة من الولايات المتحدة ومن كندا ان حوادث الدمل الشرقي او دمل المناطق الحارة اخذت بالانتشار ولقد عددوا سبعاً في سنة ١٩٢٣ . وهي على ازدياد منذ ذلك التاريخ .

ولقد ذكرت مجلة الجمعية الطبية الاميركية في عددها (٨٠—٩٣—١٩٢٣) « عند ما نلاحظ ان كلا الشكلين من العدوى بجراثيم الليشمانيوز الداخلي والجلدي تنتشر في العالم القديم تحت التأثيرات الجوية وسواها من العوامل السبب الذي بدون شك يكثر على مساحات متسعة من هذه البلاد وضمن خطوط تكتنف على الاقل ثلثي الولايات المتحدة ، يجب علينا ان نعتبر ان العدوى بجرثومة هذا المرض خطر قوي ذو اهمية كبرى »

تاريخ دمل حلب : الحقائق التاريخية الخاصة بهذا المرض، اي دمل البلاد الحارة ترجع الى سنة ١٨٣٨ حين كتب كيون (Guillon) الذي وجد وقتئذٍ

في حلب لمدة ثلاثة اسابيع يصف الدمل وفي سنة ١٨٥٤ كتب الدكتور ولیم احد الاطباء الصحيين الافرنسيين يصف ستين حادثة منه .

وفي عام ١٨٤٤ درس الموضوع وكتب عنه في بسكره الطبيب بيوجي (Bioggy) وما سيب (Massip) وبعده كتب عنه الطبيب ارنولد (Arnauld) في الجزائر .

وكانت الفكرة المعممة ووقتئذ ان العدوى تنتشر بواسطة شرب الماء غير الطاهر او الملوث كشرب مياه نهر الكويت في حلب وعندها ظهر بطلان تلك النظرية لانه وجد ان حوادث كثيرة ظهرت على الاشخاص الذين لم يشربوا من تلك المياه وفي ذاك العهد الذي تبعه ظهرت عدة نظريات وكل واحدة منها تحاول ان تظهر سبب العدوى وطريقة انتقالها الى ان ظهر الطبيب وبر (Webber) واعتبر ان دمل البلاد الحارة يلقح وينقل بالعدوى وفي سنة ١٨٨٠ نشر لافاران (Laveran) بعد شغل طويل ان الدمل ينقل بالعدوى وان سببه جرثومي وان الذباب يلعب دوراً هاماً في نقل العدوى.

ولقد تبع ذلك عدة نظريات وابحاث علمية غايتها ايجاد السبب لهذا الداء الى ان ارسل الاستاذ (ريشلت) شعاعاً من النور على السبب الحقيقي واعتبرها من نوع البرتوزوا . وبعدها اكتشف في عام ١٩٠٣ الاستاذ جايمس هور روايت (J. H. Wright) السبب الجرثومي لدمل البلاد الحارة ولقد اقترح حينئذ له اسم هلوسكوما تروبكم (Halloscoma Tropicum) واكتشافه هذا صدق عليه من كل الجهات العلمية ولوحظ في حينه ان تلك الجراثيم تشبه جرثومة اللشمانيا دونوفاني (Leishmania Donovani)

واجمع الرأي على ان تسمى لشمنيا ترويكا (Leishmania Tropica) .

انتشار الدمل: ان دمل البلاد الحارة موزع على اقطاع عديدة في العالم كما يفهم من كثرة الاسماء المعطاة له وخصوصاً المناطق الحارة والشرق وزيادة للافادة نقول ان الدمل يوجد في مراكش ومصر وقبرص وجزيرة كريت وسيليسيا وفي اسيا الصغرى وسوريا (حلب والشام) وفلسطين (اريحا) وفي ما بين النهرين (بغداد) والعجم (طهران) والقوقاز وفي تركستان والهند (دمل دلهي ولاهور) وفي اميركا الشمالية والجنوبية وبوهيميا والبرازيل والمكسيك وفي وادي الاردن الخ . .

فصل الانتشار : ويظهر ان لفصول السنة تأثيراً في انتشار هذا الدمل وهذا بالنسبة الى انتشار البعوض الحامل للجرثومة . فالمعروف في بغداد وفي حلب انه يكثر انتشار الدمل في فصل الربيع والصيف والخريف ويزيد انتشاره بالنسبة الى الاجراءات الصحية من حيث النظافة ووجود المجاري للمياه القذرة والمستنقعات وتسهيل مجاري المياه كي لا تبقى راكدة او مستنقعة فحيث الاجراءات الصحية ترى نقصاً في الحوادث

ولذا ان في مدينة حلب بعد ان كان الدمل منتشراً بكثرة كلية حيث انه لم يترك شخصاً الا واصابه برشاش منه . اخذ بالتراجع والانهزام بعد ان اخذت الحكومة بتصليح مجرى نهر الكويك وتجفيف جوانبه ومنع مياهه من الركود فاخذ الاطباء والاهالي يلاحظون ان وطأة العدوى بالدمل اخذت تخف كثيراً ويقال انه لوحظ عين النتيجة في الهند .

ويقال على كل الاحوال ان الدمل يزداد انتشاره في مدينة حلب وبغداد

في الاشهر بين نيسان وكانون الثاني ومما يلاحظ في هذه البلاد ان الدمل يظهر منذ الصغر اعني في اي وقت يعرض الطفل الى لدع الذباب وقد لوحظ انه غالباً يبتدىء في السنة الثانية من العمر وظهر انه من النادر ان يصل شخص ما الى سن متقدم في العمر وينجو من آثار الدمل . وغالباً من عدد منها والحقيقة تقال انه ليس من امرأة او رجل في بغداد وفي حلب لا يحمل على وجهه او وجهها اثر هذا الدمل المشوه . ولكن في هذه الايام بين العائلات التي تستعمل الناموسيات بدقة في مقدورهم ان يقوا اولادهم من ان يصابوا في الصغر

لماذا انتشر في الشام وفي لبنان : بمناسبة فتح طريق الصحراء بين العراق وسوريا وبين العراق وفلسطين وبمناسبة الهجرة الارمنية في زمن الحرب من اسيا الى جبل الدروز ومنها الى الشام وبيروت انتشر الدمل في شكل وبائي ويرى متتبع سير الدمل ان حوادثه منتشرة تمام الانتشار على ساحل البحر المتوسط حين ان في الماضي لم يكن بالامكان ان يعثر على حادثة الا في القليل النادر .

هل ينتشر الدمل في البلاد التي تكثر بها العدوى بالليشمانيا دونوفاني اود في هذه المناسبة ان الفت النظر الى ان انتشار دمل البلاد الحارة يقع في بلدان وبقع متفرقة تماماً عن الواقع التي يكثر بها حوادث الكلازار (اي ليشمانيا دونوفاني) مع ان حوادث دمل البلاد الحارة يمكن وجوده في مناطق هذا الاخير فنرى العكس بالعكس حيث ان الكلازار لا يوجد البتة في المناطق التي تبلد فيها الدمل

ولقد شاهدت من مضي بضع سنوات مع احد الزملاء في احدى قرى لبنان حوادث كلازار (الفحص المجهري مثبت) وايضاً بعض حوادث الدمل ولكني اعتقد ان هذا كان من قبيل التصادف

التشريح الهيستولوجي: اذا اخذنا قطعة من الحلمة (اي من الدمل حين نموه) نرى تكاثفاً او تصلباً في الادمة (Derma) ناتجاً عن نمو في الالياف طبقة حبيبية) مؤلفاً من كريات صغيرة مستديرة وهذه الكريات متفرقة بين الالياف الصحيحة خصوصاً حوالى الشريانات ومجاري الدم الابيض وايضاً حوالي غدد العرق وفي اتجاهها الى وسط الحلمة تحتل تماماً الالياف الصحيحة

اين تعيش جرثومة «الليشمانيا تروبيكا» الجراثيم العائدة للدمل اي اللشمانيا تروبيكا، توجد عادة في الطبقة الحبيبية وتكثر على حافة الدمل. وفي الحوادث المزمنة تتسرب الى اعمق من ذلك والى الاطراف حتى في الادمة الصحيحة.

وعادة يمكن الحصول عليها واظهارها في المصل الذي يحصل عليه بعد تخريش الحافة ويجدر بنا ان ننتبه الى انه عند اجراء عملية التخريش يجب ان نجتنب اسالة الدم بكثرة وتوجد الجراثيم ايضاً في الافرازات ويمكن الحصول عليها في الافرازات ايضاً في قطع من الحلمة الدامية

تتجمع الجراثيم احياناً كورود صغيرة (روزة) او بشكل كتل صغيرة وفي اغلب الاحيان توجد ضمن كريات بيضاء خصوصاً في (Macrophage Cells or in leucocytes often in pollymorpho-nuclear ones.)

الوصف التعريفي للجرثومة الجرثومة مستديرة او بيضية الشكل طولها

من ٣ — ٥ ميكرون وعرضها من٢ – ٣ م. يوجد بها نواة متطرفة ويوجد بها جسم قابل التلوين بشكل عصاة واما القسم او النوع الذي له ذنب او اهداب فيوجد عادة في الذباب او في الزروع وليس في الدمل الذي على الانسان

انتشار الدمل: من انتشار الدمل بكثرة وبشكل وبائي وعلى الاجزاء المكشوفة في الجسم يفهم ان العدوى تنتشر بواسطة ذباب صغير الحجم يلدغ مثل البرغش ويعرف بالنقرس او بما هو معروف في بيروت بالسكيت واعتقد انهم يسمونه هكذا لانه يلسع بدون ان يثير اي صوت ويعرف بالفلبطوم (Phlebotom) والفلبطوم باباتاسي(Phlebotom Pappatasi) الموجودة في سوريا وفلسطين وفي بسكره والفلبطوم سرجانتي(Phlebotom Sergenti) في بغداد

ولقد برهنت التجارب على الحيوانات خصوصاً على السعادين والكلاب ان الجرثومة قابلة الانتقال بالتطعيم حال كونها لا تنقل الى الحمير ولا الى البغال ولا الى الخيل ولا الى الشاة ولا الغنم اذ ان لهذه مناعة خاصة ضدها

واعتقد ان الدمل مرض عادي يوجد بكثرة في الكلاب ببغداد. والقابلية للعدوى بهذا الدمل لا يحول بينها ولا تتأثر من الفروق الموجودة في الاسباط (nations) ولا في الجنس النوعي (sex differences) ولا العمر ولا الصنعة ولا الفوارق والمراكز الاجتماعية فهي تصيب كل شخص يتعرض الى لدعة ذبابة ملوثة وهي تصيب الغني والفقير على السواء بدون تفريق

دور الحضانة : يختلف عادة دور الحضانة من بضعة اسابيع الى بضعة اشهر اقله من الشهر الى الخمسة اشهر الى السبعة وفي قليل من الاحيان الى السنتين

(نادر) والبرهان والامثلة على ذلك كثيرة والاخوان في العراق يعرفون عنها اكثر من سواهم .

مثلًا جاءتني مريضة من الاسكندرية وعلى يدها اليمنى دمل صغير الحجم وفي سردها تاريخ ظهور ذلك الدمل قالت ظهر هذا على يدي كلسعة برغش منذ اربعة او خمسة اشهر واخذت تنمو الى ان وصلت الى هذا الحجم فسألتها هل تسكنين الاسكندرية من زمن بعيد ؟

فاجابت : كلا . بل كنت وعائلتي في طهران قبل ذلك بسنة ولم اشعر بشيء حين كنت هناك .

وقس على ذلك حوادث عديدة خصوصاً التي تظهر في اوروبا او في اميركا وتفسير ذلك يصبح هيناً حينما نذكر دائماً ان دور الحضانة طويل. فمثلًا يلدغ احد السواح الذين زاروا بغداد في تاريخ ما وبعد مكوثه في بغداد مدة قصيرة يرجع الى اميركا وبعد وصوله بشهرين او ثلاثة تظهر عليه عوارض الدمل . وهذه الامثلة واردة كثيراً الآن في اوروبا واميركا كما ذكرت سابقاً ولقد توقع لي حادث ظريف سنة ١٩٢٦ حين كنت في باريز عاصمة النور والعلم . سرت غدوة يوم باكراً الى مستشفى سانت لويس واخذت لنفسي مقعداً قريباً من الاستاذ وكان يومها دور الاستاذ الشهير مليان (Milian) وفي سير المعاينة جاء دور شاب في مقتبل العمر اشقر اللون وعلى جسر انفه دمل خمري اللون فاتح يلمع قليلًا ومكسو في وسطه بقشرة بيضاء وهيأة نظيفة اي غير متقرحة فاخذ الاستاذ بالشرح عن الحادثة دون ان يسأل الشخص عن كيفية ظهور الدمل او تاريخ ظهوره وسيره وقال

«ترون يا افندية ان هـذا الرجل مبتلى بالذئب الاكول النامي الخبيث (lupus végétant) واخذ يشرح عن الحادث بكل ما أوتيه من فصاحة لسان وذكاء وعلم جم فانتظرت وانتهزت فرصة السؤال بواسطة احد معاونيه الذي كان جالساً بجانبي فسألت الاستاذ اذا كان ممكناً ان نفتكر في التفريق ما بين الذئب الاكول وبين دمل حلب او دمل البلاد الحارة في هذه الحادثة فنظر الي نظر الظافر وقال لي بلهجته الافرنسية الحادة

— لا لا يا افندي فسألت ايمكن سؤال المصاب اذا تغيب يوماً ما عن باريز راحلاً الى الخارج . فاجاب انه لم يكن من مانع وسأل الشاب اذا تغيب عن باريز في احد الاوقات فاجاب بالايجاب وزاد قائلاً انه من مضي سنة كان في حلب وانه كان مصاباً بدمل ثانٍ على خده الايمن ولقد شفي ذلك الدمل بعد ان كوي في النار حين كان في حلب فتأكدت من تشخيصي وبدون ان اترك اي وقت للاحراج سألت الاستاذ اذا كان ممكناً ارسال الشاب الى المختبر لاجل فحص المصل من الدمل مجهرياً فاجاب بالايجاب وحول الشاب الى المختبر وثاني يوم صباحاً لاقاني المعاون ومدّ الي يده مهنئاً قائلاً ان الجواب كان مثبتاً لدمل حلب او دمل البلاد الحارة وسرى الخبر الى الرفاق الذين كان يفوق عددهم الاربعين طبيباً واخذوا بتهنئتي على التشخيص وطبيعي فهم ان هذا الشاب كان في خدمة الجيش الافرنسي في الشرق. ومن ظريف الحوادث انه يوماً كان في زيارتي الفيلسوف التركي الشهير زميلنا الدكتور رضا توفيق بك وقرينته وكنا نتكلم ونبحث عن الدمـل بمناسبة تداوي احدى السيدات العراقيات لدمل ظهر على وجهها في السن الثالثة

والثلاثين بعد ان كان ظهر في وجهها ثلاثة دمامل وهي صغيرة وتركت اثرها المعلوم .

واراد الدكتور رضا بك ان يريني بعض الحليمات التي على يديه ويدي مدامته بعد تركهما شرقي الاردن ونزولهما في جونية بستة اشهر . ولقد تبين بعد المعاينة ان تلك الحليمات كانت دمل البلاد الحارة او الدمل الشرقي ويظهر ان فيلسوفنا اخذ المرض في عمان ولقد سألت مؤخراً صديقي مدير صحة شرقي الاردن عن انتشار الدمل في منطقته فاجاب :

جواب الدكتور ابو رحمه : « ان دمل البلاد الحارة غير منتشر كثيراً في امارة شرقي الاردن ومعروف بالحبة السنوية او حبة حلب والحوادث المسجلة في مصلحة الصحة هي ١٣ ، حادثة في سنة ١٩٢٨ ، ٢٠ حادثة في سنة ١٩٢٩ ٣٣ حادثة سنة ١٩٣٠ ، ١٢ حادثة سنة ١٩٣١ ، ١٤ حادثة سنة ١٩٣٢ ويتبع نفس المعدل الى ان اعطي ١١ حادثة سنة ١٩٣٧ الى ان قال ان معظم الحوادث تأتي من وادي الاردن خصوصاً من قرب جسر اللنبي وان الفلبطوم باباتاسي هو السبب في نقل العدوى وان داء الكلازار غير موجود في شرقي الاردن »

ويمكن ان يكون دور الحضانة قصيراً خصوصاً في المناطق التي يكون بها المرض بشكل وبائي (epidemic) او في الحوادث الملقحة اصطناعياً (Innoculated artificially) ويظهر الدمل عادة على الاطراف المكشوفة او المعرضة من الجسم ونادراً نجد الدمل على البطن (رأيت حادثاً في ذلك) او الظهر او الفخذ اعني الاقسام المكسوة وذلك يفسر بان الشخص تعرض وتلك الاقسام مكشوفة الى لذع الذباب والاقسام التي تصاب هي اليدان

والرجلان والانف وجفن العين والجبين والاذن ولا ينمو الدمل على فروة الرأس ولا على راحة اليد او الرجل

ولقد رأيت شخصياً عدة اصابات في السيدات على الكتف والصدر ويكثر هذا النوع من الظهور في جزيرة رودس و حادثة على البطن وطبيعي ان تفسر هذه الحوادث بان هؤلاء الاشخاص عرضوا تلك المواضع الى لسع الذباب .

عدده على الشخص الواحد : الدمل ممكن ان يكون واحداً وهذا يعرف بالذكر (Male) في هذه البلاد ويمكن ان يكون اكثر ويعرف بالانثى (Female) والمعتاد ان تجد من الاثنين الى الستة على شخص وفي قليل من الحوادث وما يعد من النادر ان تجد من المائة الى المائة والستين .

ولقد رأيت هذا العدد شخصياً في امرأة أتتنى من بغداد وفي هذه السنين قد رأيت حوادث عديدة منها ما هو موجود على عدد من العائلة الواحدة

ولقد اظهرت التجارب ان استحالة الليشمانيا تروبيكا لا تختلف اساساً عن كثير من البكتريا

والنشاويات لها تاثير جلي واضح على البروتين الموجودين في المطعمة ويملك العضو قوة ازلية (protolytic) وبرهان انتفاعه في البروتين ظهر بزيادة امونيا المطعمة (medium) وبارتفاع في P.H.

ولقد اظهرت التجارب ان جرثومة الليشمانيا تروبيكا لا تقدر ان تعيش في ظروف تحرمها من الهواء والشمس وفيما يلي سوف نرى ان تعريض الدمل الى اشعة الشمس ,والاشعة البنفسجية ,واشعة فنسين (Finsen Light)

مما يساعد على النمو والانتشار

كيفية ظهور الدمل : ذكرنا سابقاً انّ دور الحضانة يختلف من بضعة اسابيع الى بضعة اشهر ثم يبدأ في الظهور بشكل لسعة برغشة ذات حكة خفيفة وحلمة صغيرة جداً وصلبة (وقد لاحظت ان الاكثرية المطلقة من المرضى او اهلهم يجاهرون انهم او ان مريضهم لسعته برغشة) وبعد مضي بضعة اسابيع او اشهر على ظهورها تنمو وتكبر كحلمة صلبة (Infiltrated papule) ولربما زادت الحكة قليلاً وكانت ذات لون احمر مكسوة بقشرة بيضاء رقيقة جداً (وارجو ان يلاحظ الزملاء ان الدمل لا يبتدىء كقرحة ولا يتقرح اذا ترك للطبيعة بدون استعمال العلاجات الخارجية او اي عدوى ثانوية خارجية) وقد تلتصق بما جاورها من الحلم اذا كان هناك بعض الحلم القريبة فتكون درنة كبيرة تأخذ اما بالاكتساء بقرف تتزايد سماكته مع الوقت الى حد ان يبلغ بعضها بضع سانتيمترات (وهذه هي الطريقة التي تقي بها الطبيعة الدمل من التقرح ومن التعرض الى نور الشمس وحرارتها . وهكذا تساعد الطبيعة على الشفاء بوقت قريب وبأثر صغير كما سنرى فيما بعد) او بالتقرح وتغطى بقرفة يختلف لونها من اصفر الى اسمر وتكون شبيهة كل الشبه بدمل كبير او تأخذ شكل بهرمان كبير مع عدم اصطحابها بعوارضه الاضطرابية

اذا كان الدمل اكثر من واحد الدمل الاول (Mother boil) او اللسعة الاولى وما يتبعها من ثانية وثالثة تأخذ بالنمو الى حجم بضعة سنتمترات في قطرها خصوصاً اذا كانت على الوجه ، اي معرضة للشمس والهواء ،

والايدي والجبهة والباقية تنمو ببطء ويظل حجمها صغيراً .ونادراً ما تتحد هذه الدمامل الا اذا كانت متلاصقة جداً

وتفسيري لهذا الاختلاف في الحجم هو واحد من اثنين : ١ — اما ان تكون الذبابة قد افرغت اكبر كمية موودة في بلعومها باللذعة الاولى والثانية وهذا المعقول ، ٢ — واما ان تكون اللذعة الاولى ابتدأت ان تعطي الجسم مناعة نوعاً ما ولذلك لم تنمُ اللسعات المتتابعة كالاولى

والدمل كما ذكرت سابقاً مرتفع عن سطح الجلد على شكل اتوني واذا ترك الدمل وشأنه الى الطبيعة يأخذ القرف شكل الروبي (Rupial) اي طبقة فوق طبقة وبنتيجة ضغط هذا القرف على قمة هذا الدمل ، يحصل انخفاض (Umbilication due to Pressure) واذا ازيح القرح يتراءى لنا ان وجهه الاسفل خشن يشبه اسنان المشط او اسنان المالشر (Signe de la herse) ويكون القرف في الابتداء ذا لون ابيض او ابرس ولكن مع الوقت وبما انه معرض للغبار وعوامل سواها والعدوى الثانوية بجراثيم ثابتة (Staphylococcie Strepsococcie) يتغير اللون كما ذكر سابقاً الى اصفر او الى بني ويسمك القرف ويصير قرني (Hornified) ولقد رأيت في بعض الحوادث ان هذا الشكل من القرف المتقرن ينمو الى حجم بضع سانتيمترات ويشبه قرناً صغيراً ولا شك عندي ان بعض الزملاء في حلب وبغداد قد شاهدوا حوادث هكذا واني ارجو ممن صادف شيئاً من هذا ان يرسل لنا صورة عنها زيادة للفائدة

ويظهر الدمل في اوله ذا لون قريب للاحمرار ويكتسب رويداً لوناً

احمر غامقاً تكسوه قشرة بيضاء رقيقة جداً ولا يصحبه ألم بل حكة خفية واحياناً تمر على ظهور الدمل عدة اسابيع قبل ان يشعر المريض بوجوده واذا ترك لحاله كما بينت بدون معالجة القسيس ووصفة العجوز وغير الاخصائيين فقليلًا ما يتقرح واني اورد مثلًا على ذاك

جاءت الى المستوصف امرأة من جبل عامل وعلى جبينها للجهة اليمنى دمل احمر اللون سطحي نظيف لا قرف عليه يرجع تاريخ ظهوره الى واحد وعشرين سنة مضت حين سافرت هذه السيده الى كربلاء لطلب العلم وكانت وقتئذ حاملًا وبعد ان وصلت الى كربلاء بعدة اشهر شعرت بظهور هذا الدمل وعلمت انه دمل بغداد المعروف بالاخت فاخذت تعالجه بالمكمدات الحارة وفي الوقت المعين وضعت غلاماً وبقيت مدة قصيرة بعدها ثم رجعت الى مسقط رأسها النبطية ـ لبنان وبعد وصولها بوقت قصير ظهر دمل على وجه الصغير شفي بعد سنتين وترك اثراً سطحياً .

اما دمل الام فقد بقي الى العام الحادي والعشرين الى ان اتت تراجعني فرأيت دملًا يشبه كل الشبه دمل البلاد الحارة فارسلت نموذجاً من المصل الى المختبر وكانت النتيجة مثبتة والدمل غير متقرح والغريب ان السيدة داومت كل هذه المدة على معالجة هذا الدمل بالمكمدات الحارة ، واعتقد ان الاحتقان المستديم ساعد على حسن اعاشة الجرثومة الليشمانية وبقاء الدمل كل هذه المدة .

والمعروف ان الدمل بعد ان يمضي على ظهوره عدة اشهر الى السنة يشفى ويترك اثراً بسيطاً او مشوهاً بالنسبة الى تقرحه في دور اشتداده ، هذا

هو المعروف عن سير الدمل ولكن الذي ليس بمعروف تماماً لدى الجميع هو امكان دوام وجود وفاعلية الدمل - في شكله الاصلي او يختلف نوعاً وهو الذي سوف نأتي على شرحه ونعرفه تحت اسم اللبس اللشمانيوسس (Lupus Leishmaniosus) الى عدة سنوات اقلها الستة واكثرها السبعة عشر

واری ان الموضوع لا يخلو من طرافة اذا علمنا كيف يداوى الدمل موضعياً خصوصاً في لبنان ولربما الزملاء في بغداد يأتون على ذكر التداوي الموضعي زيادةللفائدة فمن طرق معالجة العجائز والقسس يمكننا ان نستنتج الطرق النافعة التي اتت بها التجارب ولكنها لم تطبق بصورة فنية ويظهر ان الدمل كان يداوى على يد القسيس في الضيعة او البلد فما يستعمله هؤلاء هو المعروف بلزقة القسيس وهي كناية عن معجون مركب من خليط من شبه زرقا « سلفات النحاس » شمع عسلي وزيت والبعض يزيدون عليه قليلاً من البارود . وهذا المعجون يوضع على قطعة من الشاش السميك ويلصق فوق الدمل ويترك عدة اشهر (ويظهر ان هذه اللصقة عدا عن انها مطهرة تساعد كثيراً على وقاية الدمل من التعرض الى الشمس والهواء) وفي غضون هذه المدة يتقرح الدمل ويحصل عدوى ثانوية من الخارج وتبدأ بالارتشاح ارتشاح مصل يتحول الى صديد وقرف يأخذ بالكثافة تحت هذه الظروف وطرق تداوي آخر تشبهها يأخذ الدمل بالتمايل للشفاء في ظرف السنة «ومن هنا سميت حبة السنة » تاركة في بعض الاحيان اقبح الاثر المشوه مثلاً ان يخسر المرء كل انفه او القسم الاكبر من اذنه او ان ينشطر جفن المريض (Ectropion) او كما نرى في بغداد وحلب اكثر السيدات الجميلات شوه

وجهين بأثر الدمل الواحد او اكثر

والمعروف ان البعض يستعمل صبغة اليود او الحبر الاحمر او الازرق او البنفسجي الخ . والبعض يستعمل الكي بالنار والمراهم المركبة من راسب احمر وسواها . واعتقد أن الطريقة الطبيعية افضل من كل الطرق التي ذكرت اي طريق الوقاية بايجاد قرف سميك لسنين خلت كانت احسن الطرق وانجعها خصوصاً من جهة الاثر الخفيف الذي تتركه وكما بينا اعلاه ان الدمل الذي لا يطيب في السنة الاولى ، عادة يأخذ وقتاً طويلاً اما ان يشفى مع تركه الاثر المعلوم أو ان يشفى من وسطه او في وسطه مع ظهور في اطرافه وبطريقة غير منتظمة حليمات صغيرة ذات لون احمر خمري مكسوة بقشرة او قرف ابيض خفيف ملتصق تمام الالتصاق واحياناً تكون تلك الحليمات متفرقة واحياناً ملتصقة ببعضها صلبة ولكن غالباً طرية وتتأثر بسرعة من نخزة الدبوس مشابهة بذلك (Yellow bodies of Lupus Vulgaris) العلامة الفارقة في الذئب الاكول وهي تلك الحليمات التي نعتبرها الآن الذئب الليشمانيوني او الليشماني ولدى كثير من هذه الحوادث واجمل حادثة بينها حادثة اذكرها لتكون مثالاً لبعض الزملاء الذين يرون من هذه الحوادث ايضاً عدداً لا يستهان به ويبخسونه حقه من التشخيص لا لسبب سوى ان المجهر لم يظهر ثبوت المرض ايجابياً او لان الفحص الهيستلوجي اظهر تشابهاً قوياً في العينات بين الذئب الاكول والحليمات الناتجة عن العدوى في جرثومة الليشمانيا (اي اللوبس اللشماني). الفتاة مراقية اصيبت بعدة دمامل البلاد الحارة او الاخت كما هي معروفة موضحياً

(ولقد اصيب في ذات الوقت اخوتها في البيت وشفي الجميع الاها فانها مع الشفاء الذي حصل في وسط الدمل الذي على وجهها من الجانب الايمن ابتـدأ يظهر على اطرافه حليمات صغيرة متعددة ولكن محدودة الانتشار وفي ذات الوقت كانت مصابة ببعض الدمامل في يديها فراجعت الزملاء في بغداد فشخص لها المرض الذئب الا كول فخاف الوالد وارسل ابنته الى لندن لاجل التداوي فذهبت الابنة وراجعت احد الاخصائيين المشهورين واجرى الزميل المعاينة اللازمةولقد ارسل قطعة مرضية (Biopsy) لمعاينتها هستولوجيا فاخذ جواباً يقول به انالنتيجة كانت تدل على ان المريضة مصابة بالسل الجلدي او الذئب الا كول لذلك اخذ يعالجها باشعة فنسين في مستشفيات لندن لمدة ستة اشهر فاخذت الحليمات تزداد عدداً وانتشاراً حتى اكتسحت الانف وتمدته الى الجانب الايسر من الوجه . وبعد هذه النتيجة تركت الانسة لندن الى باريس حيث راجعت اشهر الاختصاصيين فدرس الموضوع واطلع على الرابورات التي لديها وبالنتيجة اتخذ نفس التشخيص واخذ بمعالجتها ايضاً باشعة فنسن فازدادت الحالة وبعد مضي بضعة اشهر تركت باريس الى بيروت وجاءت الى بيت احد انسبائها وبواسطة الاستاذ الدكتور حنا زبوني اجريت معاينة الآنسة وتشخيص مرضها (اللوبس الليشماني وذلك كما سأبين فيما بعد اعتماداً على الشكل والتاريخ والعوارض الا كلينيكية) واخذت بمعالجتها وشفيت بمدة وجيزة جداً لا تزيد عن الشهر .

والاشكال التالية تظهر للزملاء اشكال اللوبس الليشماني والتي شخصت الذئب الا كول وعولجت كذلك وارى زيادة للفائدة ايقاف الزملاء على

رأي بعض الاساتذة في تشخيص هذه الحوادث اعتماداً على المكروسكوبية والهستولوجية اللتين في الحوادث المزمنة لا تشفيان غليل الطبيب في هذا الموضوع. مريض من بعلبك (علي. ط .)ظهر على صدغه الايمن على زاوية العين دمل وعلى خده الايمن دمل ثان صغير الحجم في بادىء الامر لم يعر المسألة اهمية، اخوه وشقيقته ايضاً مصابان بعدة دمامل على وجهيهما .

(ملاحظات : ٢٥ — ١٩٣٣ – ١٩٣٤ اجتاحت سهل البقاع وزحلة وبعلبك عدوى وبائية بجرثومة الليشمانية تروبيكا فكانت قرى قب الياس وبر الياس ومعلقة زحلة وبعلبك وغيرها كما يتبين من جواب الدكتور قزعون مكتسحة بهذه الموجة الوبائية واليك مطالعة الدكتور جودت قزعون طبيب بلدية قب الياس عن هذه الموجة الوبائية .

جواب الدكتور قزعون :ان الوافدة (épidémie) الراجعة الى حبة حلب ابتدأت في سنة ١٩٢٥ في سهل البقاع وفي قرية بر الياس ومنذ ذلك التاريخ انتشر الوباء واصبح متبلداً (Endemie) حتى عام ٣٣—٣٤ وقد قدرت عدد الاصابات التي وقعت في بر الياس نحو من خمسين اصابة ومن ثم اتسع انتشار الوباء واخذ يفتك بالقرى الثلاث كالمرج والجدل وفي كلا القريتين انتشر انتشاراً عظيماً وجملة ما وقع من الاصابات لا يقل عن — ٣٥٠ – معظمها كان يظهر في الوجه : جفن العين ، الانف ، قمة الخد ، الجبين ، ظهر مشط الايدي والارجل ويندر كثيراً في الرقبة والبطن .

وغالباً كنت ارى عدة حبوب لمريض واحد : فقسم من الاصابات لم يشترك بالتهابات جلدية ثانوية ومنها ما اشترك فالقسم الذي لم يشترك كان

ينتهي ضمن السنة والقسم الثاني كانت تزيد مدته عن السنة وقد شاهدت عدة اصابات احدثت تشويهاً في جفون العيون ناهيك عن الوجه واكثر الاصابات كانت ترى عند النساء ويندر جداً اهتمامهم بمعالجتها حيث كانوا ولا يزالون يعتقدون انها لا تشفى قبل السنة مهما كان العلاج رغم النصائح الطبية لهم ولذا كانوا يسمونها حبة السنة وليس حبة حلب وقد كان وسيط نقل هذا الداء تجار الغنم في حلب الذين كانوا يؤمون البقاع هم ورعيانهم في كل صيف وخصوصاً بعد ان حصلت تسهيلات النقل والمواصلات بواسطة الاتوموبيلات وغيرها . واليك القرى القريبة من الليطاني التي حصل بها الداء وهي مجدل عنجر وبر الياس والمرج

وحدث ان علياً كان مشغولاً في اول موسم الصيف بالحصاد والتعرض لشمس محرقة فلاحظ ان الدمل الذي على خده اخذ بالهياج والاحمرار والتضخم والانتشار الى جهة انفه فراجع بعض الاطباء الذين وصفوا له بعض المكمدات فلم يحصل على نتيجة بل بالعكس اخذ الدمل يزداد حجماً وانتشاراً الى ان وصل الى الجانب الثاني من الوجه وانتهى علي من الحصاد واتى الى بيروت وراجع احد الاخصائيين الاجانب فاجرى كل المعاينات اللازمة من بكتريولوجية وهستلوجية فكانت نتيجة التشخيص الذئب الاكول .

وبدون ان يراعي التاريخ المرضي ولا الازمان (Chronicity) ولا الانتشار الوبائي للدمل في بعلبك والقرى المجاورة اخذ بمداواته للذئب الاكول ودام هذا التداوي مدة ستة اشهر بدون فائدة وما بعد ذلك ارسل الي بواسطة احد الزملاء وفوراً وضعت تشخيص دمل البلاد

الحارة ودمل حلب شكل ليشمانيوسي واخذت بمداواته على طريقة المرحوم استاذي الدكتور ادمس استاذ الامراض الجلدية في الجامعة الاميركية في بيروت والذي خلفته في هذا الكرسي فنال الشفاء بظرف شهر من الزمن حتى باقل من ذلك الوقت

وحسن النتيجة يدحض زعم بعض الاطباء الاجانب الموجودون بيننا في بيروت ان طريقة المرحوم الدكتور ادمس الجريئة التي امارسها من بعده ويشهد لها تلاميذي في الامس وزملائي اليوم الموجودون بينكم بانها انفع واسرع الطرق وتشفي بدون ترك اي اثر للدمل خصوصاً اذا لم يكن قد تقرح سابقاً كما سأبين فيما بعد ولا اعتقد انه يأخذ الملل الزملاء اذا ما حدثتهم عن حوادث اخرى لها اهميتها من الوجهة التشخيصية ومن جهة المداواة :

سيدة من بيروت ذهبت الى حلب من مدة ست سنوات ونامت هناك ليلة واحدة ورجعت الى بيروت وبعد رجوعها ببضعة اشهر ظهر على ظهر يديها عدد من البقع الحمر قريبة جداً من بعضها البعض تشبه لسع البرغش او البعوض مصحوبة بحكة خفيفة فلم تأبه لها لفهمها ان ذلك عارض بسيط يزول سريعاً ولكن اخذت تلك البقع تتغير الى حليمات صغيرة واخذت بالنمو الى ان اندمجت الحلمات باخواتها واخذ الجلد بالتضخم وبما ان الايدي معرضة للشمس وللتخريش اخذت الحالة تسؤ الى حد انها اخذت تعوقها عن عن القيام بواجبها البيتي فراجعت احد الاطباء الاجانب وهو الطبيب في الحادثة الاولى فوضع تشخيصه داء الغليان المزمن (Eczema chronic) واخذ بمعالجتها مدة اربع سنوات واخيراً راجعتني فوضعت تشخيص اللوبس

الليشمانيوسي وعالجتها على طريقتنا وقد نالت الشفاء التام

وحادثة رابعة ابنة صغيرة من قرب جونيه في لبنان اصيبت بدمل في جهتها فلم تراجع والدتها الطبيب بناء على ان الدمل كان حبة السنة كما يسمونها هنا وطبيعي ان الابنة كانت تلعب وتتعرض للشمس في اللعب فاخذ الدمل ينتشر فخافت الام عاقبة الامر فراجعت عدة اخصائيين ومنهم الاجنبي فبعد اجراء كل المعاينات الفنية وضع تشخيص الذئب الاكول واخذ بالمعالجة لمدة ثلاث سنوات والمرض ينتشر انتشاراً واخيراً راجعتني الوالدة وبعد المعاينة ودرس شكل الابتداء ووجود بعض الحوادث في الجوار وعدم نجاح التداوي للذئب الاكول وضعت تشخيص الذئب الليشماني واخذت اعالج الابنة على طريقة الاستاذ الدكتور ادمس وشفيت الابنة بدون ترك اي اثر للدمل

الحادثة الخامسة ولد يبلغ الثانية عشرة من الشام ارسل الي من طرف احد الزملاء مع الكلمة التالية – بالافرنسية ما معناها :

عزيزي – اعتقد انني تجاه حادثة الذئب الاكول من النوع النامي المتقرح (Lupus végétant ulcératif) وله مدة من الزمن لا تزيد عن السنة ونتيجة الفحص لم اجد اثراً للتعامل بالضغط البلوري لذلك لا اعتقد ان الحادثة من نوع الذئب الاحمر (Lupus érythémateux) ولا يوجد عليه اي صبغة لداء الصدف فهل تحبذون النوع الآتي من التداوي :

١ – شراب الايودوتانيك ٢ – حقن الانتيجان متيليك موضعياً ٣ – الاشعة البنفسجية . وهل تعتقدون ان التنشيط الموضعي مما يفيد لاحداث ازنية ! انتظر مطالعتكم بهذا الخصوص

عاينت المريض واخذت التاريخ الصحيح لابتداء المرض ووجود بعض الحوادث في المحلة ووجود انتشار وبائي للدمل من خمس سنوات في الشام خصوصاً في دوما وانتشاره في دمشق وموقع الدمل وشفائه من الوسط ، كل هذه الاعتبارات دعتني لان اضع تشخيص دمل البلاد الحارة او حبة حلب وكتبت الى الزميل النتيجة بعد ان اخذت الرسم عندئذ اخذت الجواب الآتي : (وهذا الكتاب يظهر لك الفوضى في التشخيص حين يقتصر فقط على نتيجة المختبر دون اعتبار البيئة والزمن ومحل السكن وعدد الدمل ووجوده على اقسام اخرى من الجسم كما سأبين تحت باب التشخيص) .

قال : عزيزي — تشخيصك وتعليمك سراني جداً . لا اكتمك ان هذا الحادث اشغل بالي انه اتاني في نيسان الماضي متضخم الانف ، وافتكرت ان يكون حادث افرنجي ورائي ولكن تفاعل واسرمان كان منفياً وبعده افتكرت بداء الصدف ولكن تعامل اوسبيتز منفي فافتكرت بالذئب الاحمر ولكن الاحمرار لم يزُل تحت ضغط القزازة (Vitro pression) وبعدها افتكرت باللوبس الليشمانيوسي ولكن المعاينة المجهرية كانت سلبية لذلك لم يبق لدي الا الذئب الاكول ولقد ترددت كثيراً باعتبار الحادث من نوع الليشمانيا ولكن تعليمات الاساتذة غوجورو (Gougerot)وزملائه في المغرب من ان الدمل الليشمانيوسي لا يتقرح حيرني والتجأت الى الذئب الاكول الخ .

وعلى الاثر اخذت كتاباً من بغداد من احد الزملاء يقول به :

« تعلمون ان كثيراً ما يعقب الاخت (اي الدمل) اندفاعات جلدية على الندبة . كنت ولا ازال اشخصها حتى الآن بالذئب الاكول ولا زلت على

هذا الاعتقاد خصوصاً بعد ان اجريت بعض الفحوص الهيستولوجية »

وكذلك ترى ان الفكرة مضطربة في صحة التشخيص. ولدي حوادث كثيرة ربما اخذ سردها اكثر وقت المؤتمر الغالي: رجل من صور – لبنان اللبوس الليشماني على انفه من مدة اربع سنوات، التشخيص اكزيما الذئب الاكول تشخيصنا اللوبوس الليشماني والشفاء على طريقتنا في ظرف ١٨ يوماً بدون اثر . حادثة على الوجه من مدة ١٢ سنة التشخيص لوبس ليشماني حادثة على الوجه ايضاً في ثلاثة مواضع منذ اربع عشرة سنة تشخيص الغير الذئب الاكول ، تشخيصنا اللبوس الليشماني (لاحظ تفرق الدمل هكذا ترى ان الحوادث عديدة ومقنعة)

وقد يدهش البعض ان يعرف ان في قسم من الحوادث ان الغدد اللنفاوية القريبة من المحل المصاب تتضخم في بعض الحوادث وتراها تأخذ شكل سبحة خصوصاً عند وجود الدمل على ظهر اليد او بطنها ترى الغدد اللنفاوية السطحية منتشرة على طول اليد وعادة تشفى هذه الغدد من تلقاء نفسها بعد شفاء الدمل الاصلي بدون ان تفتح للخارج وتتقرح . ولقد رأيت ثلاثة حوادث من هذا النوع .

ومن الغريب ان يعلم الزملاء ان الاصابة الاولى تمنح المريض مناعة طول الحياة ولكن ليس مائة بالمائة وبحسب خبرتي انه يوجد بعض الحوادث ولو قليلة جداً تصاب ثانية في العمر بدون اي مراعاة للزمن واني اسرد ثلاثة حوادث مع شكل واحد ولقد حدثني الدكتور قدري بك انه رأى حوادث في بغداد من هذا النوع

الاولى زيد . ع . من بغداد اصيب وهو صغير بالدمل في الايسر وشفي وترك اثراً ظاهراً وفي السنة الماضية ظهر على وجهه ست حليات ثلاث قرب الاثر القديم وثلاث على خده الايمن ولدى المعاينـة المجهرية ظهرت جرثومة الليشمانيا وطبيعي شفي بظرف اثني عشر يوماً بطريقتنا

الحادثة الثانية سيدة عراقية من الطبقة الارستقراطية اصيبت وهي صغيرة بدمل حلب وشفي في حينه ومنـذ سنتين مرت السيدة ببيروت وكانت حلمة صغيرة على خدها الايمن ولقد تداوت وشفيت واني آسف بهذه المناسبة ان لا انشر رسمها بدون استئذانها والحادثة الثالثة امرأة من بغداد عمرها خمس وستون سنة تقريباً اصيبت بالدمل وهي صغيرة وشفيت . ومن مدة اربع سنوات راجعتني وهي في بيروت في المستشفى في العيادة المجانية فوجدت على خدها الايمن خمس حليمات تشبه دمل البلاد الحارة تماماً في شكلها ولونها ومركزها وبعد المعاينة المجهرية والحصول على جواب ايجابي عالجتهـا على طريقتنا فشفيت تماماً في ظرف اسبوعين فترى من تاريخ هذه الحوادث ان الدمل لا يهب مناعة على كل الحياة في جميع الحوادث ولربما اراد بعض الزملاء الاعتراض على هذه النظرية وهذه المطالعة فاني ارجو منهم وخصوصاً المقيمين في بغداد وحلب والبلدان حيث الدمـل متبلد ان يلاحظوا هـذا الموضوع من الان فصاعداً وا كون ممتناً جداً اذا هم وافوني بنتيجة ملاحظاتهم مع الاعتناء باخذ الرسم اذا امكن وتاريخ سير المرض .

ولقد اخبرني احد العراقيين ان نسيباً له كان قد اصيب بالدمل في الصغر وبعد مضي خمس وثلاثين سنة تعين في احدى المقاطعات التركية التي يكثر

بها الدمل فاصيب بدمل ثانٍ

يريد بعض الكتاب الاجانب ان يقولوا ان الدمل يصيب الساكنين على الاهضاب وعلى الجبال المتوسطة الارتفاع وقليلًا ما يصيب ساكني السهول مع ان الواقع يبين غير ذلك اذ لا جبال في بغداد كما يرى الزوار الكرام ولا جبال في حلب وسهل البقاع وبعلبك الخ . ولكن اقول ان العدوى لا تحترم لا سهلًا ولا جبلًا بل هي تنتشر حيث المياه الراكدة وحيث تعيش الذبابة الناقلة وحيث يوجد كلب مصاب او شخص مصاب بالدمل .

لقد فهمنا مما مضى ان جرثومة الليشمانيا ترويكا تشبه الليشمانيا دونوفاني ولقد فهمنا ان العدوى تنتقل بالواسطة ولكن اريد ان ابين للزملاء الكرام ان العدوى يمكنها ان تسري من موضع لآخر قريب على الشخص نفسه فنرى ان الحليمات تنتشر الى مدى بعيد عن مركز ابتداء المرض، فان الدمل ظهر على الجهة اليمنى قريباً من الاذن وبعده انتشر الى ان وصل الى الانف ومرّ من فوقه ووصل الى الجهة اليسرى من الوجه

ويفهم من مطالعة ابحاث لبعض مثال نيو كوشي « Nugochi » ان جرثومة الليشمانيا ترويكا تتأثر وتتغير الى درجة ما من جهة النضوج في جهاز الذبابة قبل ان تنمو على المصاب ومن قوله انه اخذنا حشرة البابتاسي وتركناها تمتص دماً من دمل وتركناها تلدغ شخصاً ما، عادة لا يصاب الملدوغ بالدمل , لكن اذا اخذنا تلك الحشرة الذبابة ووضعناها تحت حرارة ١٩ الى ٢٥ حرارة سانتغراد يمكن ان تنقل العدوى بصورة فعالة جدية ثمانية ايام بعد ان

تكون اخذت الجرثومة هي بنفسها .

والمفهوم من ذلك انه لا بد من تغيرات تحصل في الجرثومة وهي في بلعوم الذبابة قبل ان تصبح معدية وهذه التغيرات لا بد ان تأخذ بضعة ايام

ولقد سمعت ان البعض من اهالي بغداد يلقح ولدهم من اشخاص مصابين وهذا التلقيح يجرى في الارجل لاكتساب المناعة ولاجل دفع ظهور الاخت او الدمل على وجه الولد كي لا يتشوه وجهه

التداوي : التداوي يقسم قسمين «١» الشائع بين الاهالي وهو عبارة عن استعمال (أ) صبغة اليود موضوعاً على الدمل مرة في النهار (ب)- انواع الحبر خصوصاً الازرق أو الاحمر أو البنفسجي (ت) مختلف اللزقات واكثرها شيوعاً هي لزقة القسيس واعتقد ان هذه اللزقة مركبة من سلفات النحاس اي من شبه زرقاء وشمع عسلي وقليلاً من زيت الزيتون ويعمل من هذا الخليط معجون يلصق قليلاً منه على قطعة شاش بحجم الدمل وتلصق هذه بعد ان تسخن قليلاً على الدمل وبطبيعة الحال تلصق هذه على الجلد وتبقى الى ان تزاح ، وتترك هذه اللزقة عادة الى بضعة اسابيع حتى بضعة اشهر

(٢) ـ المستعمل بواسطة الاطباء وهذا من المراهم المحتوية على علاجات مطهرة واكثرها استعمالاً مركبات الزئبق والدواء الذي كان يستعمله استاذي الدكتور ادمس مركب من الغلسرين وسيانور الزئبق وزرقة المتيلان

	Grm.
Cyanide of Mercury	0,30
Methylene blue	0,30
Glycerine	30

واما الجديد فيرجع عهده الى ما بعد الحرب فالتجأ الاخصائيون الى (الثلج الكربونيكي (Neige carbonique(Ing) Carbon dioxide Snow) وبرودته ٨٢ درجة سانتغراد تحت الصفر ويحضر بواسطة ماسورة خصوصية اخترعها الدكتور بسي (Pussy) الاميركي لمداواة السرطان الجلدي وكان اول ما استعملها لمداواة الدمل او الاخت او حبة حلب او السنة هو الدكتور ادمس استاذ الامراض الجلدية في الجامعة الذي صار لي الفخر ان اخلفه ولقد كان نجاحه باهراً لشفاء مرضاه على هذه الطريقة ولا تزال طريقته هذه اسرع الطرق الى شفاء الدمل واني اسف ان الزملاء الاجانب عندنا لم يحصلوا على نتيجة مرضية لانهم لم يحسنوا استعمال هذا الثلج وهم يخافون ان يعطوه الوقت اللازم ولذلك بينما نحن نحصل على نتيجة الشفاء في ظرف ثلاثة اسابيع فهم يؤخرون من شهرين الى ثلاثة اشهر النتيجة لعدم استعمالهم الثلج ولقد اخترع ما يتناسب مع الآلة الاميركية آلة الاستاذ لورطه جاكوب وهي معروفة باسمه

٣ ــ الدياترمي اي الحرق بابرة تيار كهربائي مع التجمد العميق ومع منفعة هذا الشكل من التداوي فانه مع الاسف يترك أثراً موضع الكي بعكس التداوي بالثلج الذي لا يترك اثراً

الميسم «Thermo cautère» الذي يساعد على الشفاء ولكن لا يشفي تماماً لان الكي يكون سطحياً وكما علمنا ان الجرثومة تكون في العمق والاطراف السليمة ايضاً

٤ ــ تسليط الكلوريد اثيل « Ethyl chloride » مرتين كل يوم الى ان تثلج الحبة او الدمل ويثابر على هذا التداوي مدة لا تقل عن الشهر او اكثر

٥ ــ التداوي باشعة اكس او الاشعة المجهولة ولهذا التداوي يلزم استعمال

٣/٤ مقدار الاحمرار «3/4Erythema dose or Intenssive dose» على مرتين او ثلاث مرات ولهذا النوع من التداوي نتائج باهرة وهو لا يترك اثراً ما

٦ ــ التداوي بحقن النيوسالفرسان في الوريد او حقن السولي سالفرسان في العضلات ويعمل من الست الى العشر حقن على نسق تداوي الافرنجي ويضاف الى هذه الطريقة ان يستعمل موضعياً عشرة بالمئة من مسحوق النيوسالفرسان مع الغلسرين مرتين في النهار

٧ ــ تستعمل حقن الامتين (Emetine hydrochloride) تحت الدمل (local infiltration) مرة كل خمسة ايام على ثلاث الى اربع مرات ويجب ان يلاحظ انه لا يجوز قطعاً استعمال الامتين في الحوادث التي تظهر على جفن العين لانه في حوادث نادرة يحصل اهتراء يخشى منه على الجفن

٨ ــ تستعمل ملاح ومشتقات الترترأمتك (Tartar Emetique)مثلاً ان يؤخذ محلول اثنان بالمائة من الترتر استيبيه 2 % ويستعمل في الوريد بجرعات صغيرة مرة كل يومين الى سانتيمترين مكعب في المرة وتداوم الحقن الى الخمسة والعشرين او حقن الفؤادين (باير)او انتيومالين(Anthiomaline) ويستعمل الفؤادين حقناً في الالية مبتدئين بنصف سانتيمتر مكعب الى خمسة سنتمترات مكعبة وتداوم هذه الحقن الى الثلاثين واعتقد ان هذه الطريقة هي اسلم من الحقن في الوريد خصوصاً في الاطفال

٩ ــ المستحضرات الحديثة واستعمالها بدون فهم حقيقة فعلها وتأثيرها وهي المركبات التي يدخلها الشمع كالأمبرين« Ambrine »والامبرين مضاف اليه ازرق مثالين «Methylene Blue» او كاستعمال مرهم مركب من قلفوني

وشمع وزيت ومثالين ازرق وسيانور الزئبق (روضه) وهو تركيب لزج يلصق على الدمل بواسطة قطعة شاش بحجم الدمل وتبقى هنالك الى ان تزال ويعتقد بعض الاطباء ان حرارة الشمع المستعمل هي التي تميت جرثومة الليشمانيا وتشفي الدمل يعني انك تسيخ الامبرين بواسطة الفتيل المشمول وتضعه على الدمل والحرارة الناتجة لا تؤذي الجلد اي لا تحرقه فمن هـذا الاستنتاج يمكننا ان نفهم مدى تأثير الحرارة المصطحبة على الجرثومة فهو في الحقيقـة لا تأثير لها البتة لان الزملاء الذين استعملوا الـكي بالدياترمي كانوا مجبرين بعض الاحيان على اعادة الـكي اكثر من مرة وكذلك نرى انه مع استعمال الثلج الكربونيكي الذي برودته اثنان وثمانون تحت الصفر نجبر في حوادث قليلة اعادة المعالجة مرة وهنا يأتي بيت القصيد اذ اني اريد ان أبين للزملاء نظرية جديدة في الموضوع نظرية لم يبدها احد حتى الآن ألا وهي قد اصبح معلوماً لدينا ان جرثومة اللشمانيا تحب الشمس والهواء وان الطبيعة تحمي الدمل بقرف يتراصف « مثل الروبيات اذا وضعت الواحـدة فوق الاخرى « Rupial crust » الى ان يبلغ من السماكة بضعة سانتيمترات وكذلك تقي الطبيعة الدمل من الشمس والهواء وكذلك اذا ترك هذا القرف في مـكانه لمدة سنة يقع من تلقاء نفسه بدون ان يترك اثراً يذكر كما بينا اعلاه والامثلة على ذلك عديدة ولذلك استند الى واحدة حدثني عنها الاستاذ الدكتور حنا زبوني الاستاذ في جامعة استانبول سابقاً قال :

اصاب الدمل احد اقارب رفيقتي وهو كما تعلمون عراقي نظيرنا وتجمع على هذا الدمل قرف سميك وكانت تجتهد والدته بان لا يزاح ذلك

القرف ابداً وكان الدمل على الوجه وكانت دائماً تنظف وجهه بيدها الى ان مضت سنة على ظهوره فيوماً من الايام وهي تغسل ولدها في الحمام وبدون قصد سقط القرف من تلقاء نفسه ولدهشتها كان الاثر طفيفاً جداً الى حد انك لا تقدر ان تميزه وزاد قائلاً ان السيدة مشت على تلك النظرية بدون ان تعرف او تشعر لماذا

وانا اريد ان اقول ان تعرض الدمل الى اشعة الشمس بقصد او بدونه او تعرض الدمل الى الاشعة البنفسجية او اشعة فنسين (الشمس الاصطناعية) يزيد في نمو الدمل وانتشاره وايجاد الحالة التي نسميها اللوبس الليشماني والعكس بالعكس وقاية الدمل من الشمس ومن التعرض الى لهب الشمس اوحرارتها يشفي الدمل في ظرف شهر او اكثر بدون ترك اي اثر يذكر وبناء على هذه النظرية استعمال صبغة اليود وانواع الحبر الملون وازرق المتلن ولزقة القسيس والامبون والشمع وعلاجنا المعروف باسم (Aleppobo) كله يشفي الدمل بسرعة تتناسب مع مقدار الوقاية من الشمس ونورها ويفهم بالطبع مقاومة العدوى الثانوية من الخارج (Secondary infection) بكل الطرق المطهرة لانه يجب ان يفهم انه كلما ازداد الدمل تقرحاً من العدوى الثانوية كلما ازداد الاثر عمقاً وتشويهاً للعضو المصاب .

ولذلك يجب الانتباه الى نظافة الدمل كل مدة الاصابة

زرع الجرثومة واستعمال الطعم (Vaccine treatment) لقد فهم ان زرع جرثومة الليشمانيا تروبيكا من الصعب جداً ولذلك لم يتوفق اصحاب المختبرات من عمل طعم واق او شاف من هذه الجراثيم ولكن مؤخراً ظهرت كتابة

تدل ان احد المعاهد الطبية في الهند توفق الى زرع الليشمانيا وان المعهد بالفعل قد استحصل على طعم واق من الدمل واخذ باستعماله ولقد كتبت الى الطبيب المولج باعداد هذا الطعم ولكن مع الاسف لم احصل على جواب منه . وارجو ان كلمتي هذه عن الزرع والتطعيم سيتوسع بشرحها لحضراتكم زميلي الدكتور وليم طابوسخان الجراثيمي الشهير الموجود بينكم .

في المعالجة بطريقة الثلج بعد الكي ببضع دقائق يحصل ارتشاح موضعي وانتفاخ وبعده فقاعة كبيرة (Bullac) والجلد القريب بعد بضع ساعات ينتفخ خصوصاً اذا كان الكي قريباً من الحاجب او العين او قريباً من الشفتين وهذا الانتفاخ ينخفض ويرجع الى الطبيعة بعد مضي ثماني واربعين ساعة او اثنتين وسبعين ساعة ويجب عادة ان يحافظ على الفقاعة الى ان تمتص او تفقأ من تلقاء نفسها . والدمل المعالج بهذه الطريقة يشفى بعد مضي ثلاثة اسابيع بدون ان يترك اثراً يذكر خصوصاً اذا كان الدمل غير متقرح سابقاً وفي قليل من الحوادث يكون الطبيب مجبراً على مراجعة الكي مرة ثانية خصوصاً اذا اجرى الكي في وسط الدمل ولم يجره على اطرافه ايضاً لانه كما بينت سابقاً ان جرثومة المرض تتسرب الى الالياف المجاورة وتظهر فيما بعد اذا تسنى لها بشكل اللوبس الليشماني

نتيجة البحث : ١ — ان الدمل الشرقي او دمل البلاد الحارة اخذ بالانتشار في فلسطين وسوريا ومنها قليلاً الى اوربا واميركا بسبب الهجرة الارمنية وفتح الصحراء بين سوريا وبين العراق وبسبب سرعة المواصلات والانتقال وفتح خط انابيب النفط بين حيفا وطرابلس

٢ — ان العدوى من الدمل تنتقل بواسطة بعوضة صغيرة (Phlebotomes) تلسع على حسب تقديري في النهار وليس في الليل .

٣ — ان الدمل اخذ بالاضمحلال في البلاد التي تجري فيها المجارير الصحية وتجفيف المستنقعات وتنظيف الانهر

٤ — ان الاجانب في بغداد يصابون غالباً على رؤوس انوفهم ،

٥ — عادة الدمل يشفى في ظرف سنة ولكن في نسبة مئوية غير معينة يبقى الدمل الى العشرين سنة .

٦ — انه دائماً حينما يكون الدمل مفرداً يكون حجمه كبيراً ويمكن ان يصير قطره الى ستة سانتيمترات وعند ما يكون الدمل متعدداً فان واحداً او اثنين يكبر حجمهما والباقي يظل صغيراً .

٧ — ان الدمل في الشقر (Blondes) يكبر ويتهيج ويستعصي اكثر منه في السمر (Brunettes)

٨ — ان الدمل لا يهب مناعة طول الحياة في كل الحوادث

٩ — ان دور الحضانة يختلف من اسابيع في البلاد الموبوءة الى عدة اشهر اقلها السبعة

١٠ — ان الدمل يمكنه الشفاء في ظرف سنة ولكنه قد يظل بشكل اللوبس الليشماني عشرين سنة

١١ — ان الجرثومة الليشمانية تقدر ان تعيش مختبئة تحت الجلد مدة طويلة حيث تظهر بعدها في شكل اللوبس الليشماني

١٢ — ان الدمل الشرقي قابل الشفاء بسرعة وبدون ان يترك اثراً ما اذا عولج باكراً قبل ان يتقرح بالوسائط الآتية: «١» الثلج الكربونيكي «٢» تيار الدياترمي «٣» اشعة اكس

١٣— ان استعمال العلاجات المتعددة بمفردها او بمجموعها تعمل على شفاء الدمل في ظرف مدة طويلة لا تقل عن الثلاثة اشهر وان استعمال الفيزيوتربي مثل الثلج الكربونيكي او تيار الدياترمي واما العلاجات الرائج استعمالها فهي محلول التارتر ئمتك اثنان بالمئة في الوريد استيبوزان ، النيواستيبوزان ، الفوأدين الانتيوءالين ، الأمتين ، النيوسالفرسان ، السوليسالفارسان

التشخيص : اود ان اورد في هذه المناسبة تعليمات استاذنا الشهير الدكتور غراهم قال رحمه الله « يجب على كل طبيب ان يدرس حالة مريضه درساً متقناً من جهة تاريخ مرضه والعوارض ويضع التشخيص التقريبي او اشتباهه بسبب المرض وعليه بعد ذلك ان يستعين

بالمختبر والمجهر لاجل المساعدة على التشخيص في اكثر الاحيان وللتشخيص في بعض الاحيان »

واني شخصياً اعتقد بصحة هذه النظرية وهي التي كنت اجتهد بتلقينها الى تلامذتي والى الزملاء بعض الامثلة التي يقرها الجميع فكلكم يسلم ان وجود تعامل واسرمان : منفي لا يفيد شيئاً اذا كان تاريخ المريض والعوارض وسير المرض تدل على ان المريض اصيب بالقرحة الاولى الافرنجية واجرى له تداوي بسيط ، وتزوج الرجل واخذت امرأته بالاجهاض حسب المعتاد وهو اخذ سمعه يثقل ونظره يشح الى ما هنالك من عوارض الافرنجي وفي عين الوقت اجرى لها تعامل واسرمان وكان منفياً فعلى الحاذق عندئذ تشخيص الافرنجي رغماً عن ان التفاعل الواسرماني منفياً

وقس على ذلك ايضاً ولد صغير مصاب بداء الفطر يرسل الى احدى المختبرات فيأتيك الجواب منفياً فماذا يكون موقفك ؟ فاذا كنت طبيباً اختصاصياً يجب ان تفهم التشخيص اكلينيكا وتداوي الولد من اجل الفطر في العزوة رغماً عن ان الجواب المجهري سلبي الخ .

فاذا نحن تجاه الدمل الشرقي او دمل البلاد الحارة واللوبس الليشماني واقعون في ذات الصعوبة فانت ترى من مكاتبة الزملاء ومن الاشكال المندرجة الصعوبة التي يلاقيها الزملاء ومع الاسف الاختصائيين الحديثين فهم تشخيص الدمل وتتاتجه اللوبس الليشماني فانا ارجوهم ان يعتمدوا على المعاينة المجهرية ولكن في حالة الاشتباه وتفاعل منفي ليتجرأوا ويجربوا الذي نسميه في الطب التجربة العلاجية (Theraputic Test) خصوصاً بعد اخذ النقط الآتية بعين الاعتبار : ١ درس محل اقامة المريض ٢ اذا كان موجوداً في ذلك المحيط حوادث دمل ٣ شكل او كيفية ابتداء المرض (اكثر المرضى او اهلهم يعبرون عن الظهور الاول بلذعة برغشة) ٤ نمو وسير المرض ٥ وجود اكثر من دمل وعلى مواضع مختلفة كالوجه ، الاذن ، اليدين او الارجل ٦ وجود سواء في العائلة او الجيران ٧ شكله دملي او بهرماني ٨ اذا كان مصاباً بالخفسة (Umbellicatin) ٩ فحص وجهها من الاسفل بعد ازالة القرف ودرسها اذا كانت تشبه المالش او اسنان المشط ١٠ اذا كان الدمل قدشفي وبعد مضي زمن ظهرت الحليات او الندبات ١١ ملاحظة ان في الحوادث الظاهرة حديثاً بعضاً منها يكون فحصها المجهري منفياً لان الجراثيم كما اعتقد موجودة على العمق (شيئاً

يشبه وجود باسيل كوخ في الذئب الاحمر) (غوجورو)

١٢ ملاحظة نتيجة فحص المجهر ان تكون مثبتة من الثلاثة اشهر فصاعداً (وبهذه المناسبة ارجو الدكتور وليم طابوسخان الموجود بينكم ان يبدي ملاحظاته)

١٣ ان الجرثومة في حوادث اللوبس تكون ايضاً في العمق والمطلع يجد تشابهاً بين حلمة اللوبس الليشماني والحلمة الاولى للدمل (وهنا ايضاً تأتي نظريه غوجورو من اجل الذئب الاحمر)

١٤ ان التقرح يحصل دائماً من المداخلة او المعالجة او التخريش الخارجي وانا من الذين يصادقون مع الاستاذ غوجورو كما اورد الزميل في كتابه ان الدمل اذا ترك وشأنه قليلاً يتقرح ١٥ ان نذكر دائماً ان جرثومة الليشمانيا تأخذ اشكالاً شتى من وقت دخولها بلعوم الذباب الى وقت تلقيحها ووقت دوامها على المريض

العلاجات الموضعية : تراكيب الزئبق ، متالين، برمنغنات البوتاس الناعم شبه زرقا (سلفات النحاس) مع المرهم امبرين ، الشمع العادي انواع الحبر الاحمر

ان وقاية الدمل من الشمس يعجل بشفائه وباقل اثر ممكن وان هذه الوقاية تمنع حصول او تكوين اللبس الليشماني

وبالختام ارجو ان اكون قمت بواجبي خير قيام مع الرجاء من المجتمعين الكرام ان يتفضلوا ويستفسروا عن اي نقطة غامضة لم افاتحها من البحث واني اشكركم جميعاً واشكر الجمعية الطبية المصرية وسعادة رئيسها المحترم لتسهيلهم لنا هذا الاجتماع العلمي واشكر ايضاً الجمعية الطبية العراقية وسعادة رئيسها المحترم لحسن وفادتهم ولطفهم الجم .

❀❀❀

الجزء ١٠ المجلد ١٢

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٣٨ م . الموافق لصفر سنة ١٣٥٧ هـ .

المؤتمر الطبي المصري في بغداد

للعليم جمال الدين نصار

هو اول المؤتمرات الطبية المنعقدة في العراق وعاشر مؤتمرات الجمعية الطبية المصرية عقد في بغداد من يوم الاربعاء في ٩ شباط الى يوم الاحد في ١٣ منه وقد تفضل ورعاه برعايته حضرة صاحب الجلالة غازي الأول ملك العراق خصه الله بعنايته وابقاه لرعيته .

افتتح المؤتمر في الساعة العاشرة تماماً من صباح ٩ شباط بخطاب بليغ القاه حضرة صاحب الفخامة السيد جميل المدفعي رئيس وزراء الحكومة العراقية ، مرحباً بأساطين العلوم الطبية ، مؤملاً ان يعيدوا مآثر جدودهم العرب ، راجياً ان تكون هذه المؤتمرات اكبر وسيلة للجمع والتعارف بين العرب في الاقطار العربية التي مهما شاءت الأقدار ان تضع الحدود والحواجز لتفرق بين قلوب اهلها واهدافهم فوحدة الفكر والرأي تؤلف

منهم اخوة لأمة واحدة وقد شكر ايضاً الجمعية الطبية المصرية التي كانت السبب الأول في انعقاد هذه المؤتمرات التي تنتج كثيراً من الفوائد العلمية والثقافية . وقد كان لكلمة فخامته اكبر الأثر في نفوس السامعين اذ ابان فيها درجة نفوذ الروح العربيـة في الشعب العراقي الممثل بشخص رئيس حكومته .

وتلاه حضرة الدكتور شوكة الزهاوي رئيس الجمعية الطبية العراقية فتلا كلمة ممتعة رحب بها بالمؤتمرين .

وقام بعده حضرة صاحب السعادة علي باشا ابرهيم رئيس المؤتمر الطبي والقى كلمة جامعة ذكر فيها نبذة عن تاريخ الطب عند العرب ، وكيف ان الفضل الأول يعود الى القطرين المصري والعراقي اي منذ زمن الفراعنة والاشوريين ، وكيف انطوت هذه الحضارة بعد مرور عشرة قرون عليها ، ثم انبثقت بعدهما حضارة الأغريق والبطالسة فالرومان ، وبعده بزغ نجم الحضارة العربية في القرن الثامن بعد الميلاد ، وهي الحضارة التي احيت العلوم والمعارف الانسانية القديمة واشترك فيها سائر الاقطار العربية تحت لواء واحد من العراق الى سورية الى مصر الى الاندلس ، فكانت اساس النهضة الانسانية الاوربية .

وقد اتت بعد ذلك الدولة العباسية ، فكان العراق العربي هو السباق مرة اخرى في احياء العلوم والمعارف ، وكان العصر الذهبي في اوائل الدولة العباسية ، حيث نشطت الترجمة نشاطاً عظيماً ، وانشأ هارون الرشيد مدرسة الحكمة التي ضمت خزانتهـا الوف المصنفات في مختلف العلوم ، كما كثر

عدد الاطباء في المدينة حيث بلغ ثمانمائة وستين طبيباً . وأنشئت على غرار المدرسة المذكورة مدارس في دمشق وانطاكية واسفهان وسمرقند والقاهرة وقرطبة والخ. وظهر اذ ذاك النبوغ العربي بأجلى مظاهره وعرف العشرات من كبار العلماء وجهابذتهم ، تربطهم جميعاً رابطة الشرق العربي دون تمييز بين اقطاره وربوعه المختلفة الى ان دار الفلك دورته مرة اخرى وتفككت عرى الامبراطورية العربية العظمى .

الى ان قال :

على ان يد الحدثان التي قضت على الحضارتين المصرية والعراقية القديمتين، لم تقو هذه المرة على محو الحضارة العربية ، التي وحدت اللغة والعادات والميول في تلك الاقطار ، وهيأت بذلك سبباً لا تنفصم عراه ابد الدهر ولنا نحن حفدة العرب ان نعيد الى تلك الحضارة سيرتها الاولى .

وانهى كلمة بذكر الموضوعات التي انتخبت للبحث في المؤتمر ، واهميتها بالنسبه للأقطار العربية واهتم بموضوع المصطلحات العربية وتمنى ان يتفق سائر الاقطار على هذه المصطلحات العربية الطبية ليتم التفاهم العلمي باستعمال تعابير عربية او معربة واحدة متفق عليها .

وقد تلاه الدكتور كمال رحيمه فالقى قصيدة جيدة حيّا بها العراق قوطعت بالتصفيق مراراً .

وانبرى بعده الشاعر الممتاز الاستاذ علي الجارم فألقى قصيدة عصماء يناجي بها بغداد كانت من اجود ما سمعناه .

وسار بعد ذلك سائر المؤتمرين ورجال الحكومة واصطفوا امام امانة

العاصمة حيث اخذ الرسم التذكاري المعتاد . وبعد ذلك اتجه المؤتمرون نحو المعرض الطبي الملحق بالمؤتمر ، الذي خصص له بعض قاعات وبهو الجمعية الطبية العراقية وقد حوى هذا المعرض كثيراً من المعروضات الدوائية كمعامل مختلفة نذكر منها شركة باير وميرك وتروبهورك وكوداك وساندوز والخ كما وجد فيه كثير من اللوحات المرضية لأمراض مختلفة اخص بالذكر منها الزهري . وفي الساعة الثانية من بعد ظهر هذا اليوم اقلتنا السيارات من دار الجمعية الطبية العراقية لزيارة المتحف العراقي ودار الآثار العربية والقصر العباسي . فاخذت هذه الزيارات تأثيراً كبيراً في نفوسنا ، خاصة لما شاهدنا رسوم المرحوم الملك فيصل واوسمته وثيابه وبعض الوثائق التاريخية والغرفة التي قضى فيها تغمده الله برحمته واسكنه جنان خلده . اما حفلة العشاء فكانت في منتهى الأبهة والعظمة ، قدمها فخامة رئيس وزراء الحكومة العراقية في بهو امانة العاصمة ، حوت ما لذ وطاب وبقيت حتى ساعة متأخرة

اليوم الثاني : عقد الاجتماع العلمي الساعة التاسعة والنصف صباحاً فتباحث المؤتمرون بجراحة الكبد والمرارة وموضوعات جراحية متنوعة وموضوعات باطنية مختلفة . وقد ذكر كثير من المشاهدات الخاصة في كل من هذه الابحاث . واظن ان الهيأة الادارية للمؤتمر مصممة على طبعها وارسالها لاعضاء المؤتمر .

وفي الساعة الثانية بعد الظهر ركبنا السيارات من دار الجمعية الطبية العراقية لزيارة مراكز المياه في الرصافة والكرخ وقدمت لنا لجنة اسالة المياه حفلة شاي انيقة جداً في حدائقها الغناء جمعت بين الاناقة والبساطة . وقد

حضر الحفلة فخامة رئيس الوزراء مع بعض اركان حكومته .

وفي مساء هذا اليوم قدم حضرة صاحب المعالي امين العاصمة حفلة عشاء نصف ليلي في بهو امانة العاصمة كانت مثالاً للذوق السليم ومعياراً لما وصل اليه العراق من التقدم الاجتماعي وبُعد النظر في الحياة، فليهنأ العراقيون بمثل هؤلاء الرجال الذين يسيرون بهم بخطى واسعة نحو الحياة السعيدة . وبقيت الحفلة زاهرة زاهية حتى ساعة متأخرة من الليل .

اليوم الثالث : لم يعقد في الصباح اجتماع علمي بسبب عيد الاضحى المبارك وفي الساعة الثانية بعد الظهر زرنا المعهد الطبي العراقي والمستشفى الملكي فكان سرورنا عظيماً جداً لما رأيناه من تقدم محسوس في هذا المعهد الناشيء الذي لم يمر على تأسيسه الا بضع سنوات . وقد توسمت تقدمه الاكيد اذا استمرت الجهود الجبارة التي يبذلها رئيسه الممتاز الاستاذ هاشم الوتري ورئيس جراحيه الاستاذ المقدام صائب شوكة والاستاذ شوكة الزهاوي. وفي الواقع ان المعهد الطبي بهذه الشخصيات الممتازة وبمن ينضم اليه من الشباب العراقيين الطموحين الذين عرفنا منهم السادة الاطباء مع حفظ المناصب : صبيح الوهبي ، عبدالجبار الريزه لى، عبدالمجيد القصاب، هادي الباجه جي ، عزة القيسي، نجيب اليعقوبي وسواهم سيكون له في وقت قصير مقامه الممتاز بين المعاهد الطبية الراقية .

اما المستشفى الملكي فعلى الرغم من سعته وكثرة اسرته فهو مثال للترتيب والنظافة اللائقين بمستشفى يعنى به رجال معهد الطب المذكورون .

وما دقت الساعة الرابعة والنصف الا كنا بطريقنا الى امانة العاصمة

لحضور حفلة الشاي التي قدمتها القنصلية المصرية بمناسبة عيد ميلاد جلالة الملك فاروق الاول، والتي كان فيها جناب قنصل مصر وعقيلته مثالاً للأنس والدعة والتواضع وسمو الخلق وكانت الحفلة من ابهى الحفلات واشهاها .

اليوم الرابع: كانت الموضوعات العلميـة متنوعة باطنة ولتوحيـد المصطلحات العربية .

وعلى ذكر المصطلحات العربية ارى ان الخطة التي يسار عليها حتى اليوم بهذا الشأن عقيمة جداً ولا تجدي نفعاً لان المباحثات في هذا الصدد لا تتعدى القاعة التي يذكر فيها هذا الموضوع . واننا لا نصل الى عمـل مثمر الا بتـكاتف مصر وسورية والعراق وتشكيل مجمع لغوي منهـا لتأليف معجم خاص بالمصطلحات الطبية فالى الحـكومات التي يعنيها هذا الأمر ابعث بـكلمتي هذه لان مشروعاً كهذا لا يقوم الا بموآزرة حكوميـة جدية .
وعند الظهر كانت السيارات بانتظار اعضاء المؤتمر لنقلهم الى مضارب بني تميم بالقرب من عكركون وقد انتظرنا رجال الامير على بعد بضعة كيلومترات بخيولهم واسلحتهم ينشدون الاناشيد العربية ويهزجون الاهازيج البدوية الى ان وصلنا الخيام فـكان الامير وحاشيته بالانتظار فصافحوا الزوار فرداً فرداً ورحبوا بهم واكرموا وفادتهم.وبعد ان قدمت القهوة العربية واخذنا قسطاً من الراحة وتلذذنا بمناظر الرقص العربي والدبكة قدمت الخرفان التي كانت تزيد على الثمانين مكبلة فوق الارز (بالمناسف) فـكانت أكلة شهية نادرة وبعد الطعام شكر الأمير ضيوفه على تـكبدهم المشاق لزيارته فرد عليه الاستاذ زكي مبارك والآنسة زينب الحكيم والاستاذ ممدوح حقي

بكلمات تناسب المقام .

وفي المساء قدمت الجمعية الطبية العراقية حفلة شائقة نادرة المثال جمعت كل ما تصبو اليه النفس من مطربات ومشهيات واناقة وذوق وقد كان العراقيون فيها مثالاً للتواضع والكرم العربيين .

اليوم الخامس : ابتدأت المواضيع العلمية في الساعة التاسعة والنصف صباحاً وكان ابرزها الحمى الرزغية والهيضة وحبة بغداد والحثية الكاذبة وعلاقتها بالعقم وتوحيد المصطلحات الطبية العربية .

وفي الساعة الثانية والنصف بعد الظهر اقلتنا السيارات من دار الجمعية الطبية العراقية لزيارة القوة الجوية العراقية .

وهناك وضعت القوة الجوية المذكورة عشرين طائرة على الاقل للتحليق بمن شاء من اعضاء المؤتمر فتهافت المؤتمرون وتسابقوا الى ركوب الطائرات بعد ان عرفوا ان قوادهم اولئك النسور العرب الذين ارتسمت على افواههم ابتسامات العزة والفخر وكأنهم يقولون: هيا بنا ايها الاخوة لنتفق ونتضافر ونعمل يداً واحدة في سبيل العزة العربية .

وقد طار ماينيف على المائة مؤتمر فوق بغداد وضواحيها . ولا اغالي اذا قلت ان اجمل لحظة قضيناها في بغداد هي التي كان فيها نسورنا هؤلاء العرب الأقحاح. فليباركهم الرب وليجعل منهم قوة لا تضعف وعزة لا تذل .

وقد تناولنا الشاي في مقاصف جميلة جداً بدعوة القوة الجوية المذكورة

وفي الساعة الثامنة والنصف مساء كانت حفلة الوداع التي تقدمها سنوياً الجمعية الطبية المصرية تكلم فيها امين العاصمة والدكتور علي باشا ابرهيم

والمشماوي بك والحكماء حنا الخياط وسامي شوكة وفؤاد غصن والياس الخوري ومصطفى شوقي ويوسف عرقتنجي ورشدي التميمي وعبد الجبار الريزملي وخليل عبد الخالق وعبدالواحد الوكيل كلمات تناسب المقام .

وبذلك انتهى المؤتمر لو لا ان دعوة وجهت من قبل البلاط الملكي بأمر صاحب الجلالة ورحلة الى سد الهندية وبابل كانت قد قررت

ففي الساعة الرابعة والنصف من مساء يوم الاثنين ١٤ شباط كمل عدد المدعوين في البلاط الملكي ولم يمض بضع دقائق الا ودخل المليك الشاب بين عاصفة من التصفيق بابتسامته الجذابة ولطفه المعتاد وبعد ان استوى به المقام واستراح قليلاً وتعرف الى بعض الشخصيات اتجه نحو القاعة المعدة لتناول الشاي فسار الجميع اليها وبعد قليل كان قد آن وقت انصرافه ذهب مع حاشيته إلى احدى قاعات البلاط ومر المدعوون امامه واحداً بعد الآخر فودعهم وصافحهم فرداً فرداً وبعد ان اتى على آخرهم غادر القاعة فامتطى سيارته بعاصفة التصفيق ايضاً

وفي صباح الثلاثاء اقلنـا القطار من محطة غربي بغداد الساعة التاسعة والنصف فوصلنا سد الهندية الساعة الحادية عشرة وخمس وثلاثين دقيقة فسد الحلة الساعة الواحدة وست دقائق حيث تناولنا الطعام الشهي بدعوة ادارة السكك الحديدية وفي نهاية الطعام رحب الدكتور عبد المجيد القصاب بالحضور بكلمة طيبة كان لها وقع كبير في النفوس فاجابه كل من الاستاذ زكي مبارك باسم الاطباء المصريين وكاتب هـذه السطور باسم اطباء سورية بكلمة تناسب المقام .

وقد اقلتنا السيارات بعد ذلك الى بابل التي لم يبق منهـا الا خرائبها البالـية لسوء الحظ وعدنا من بابل الساعة الخامسة ميممين بغداد بعد ان تناولنا الشاي في القطار .

وحدثت بعد هذه النزهة سياحات لطيفة جداً الى كربلا والنجف والبصرة والموصل والخ . كانت قطارات الحكومة العراقية فيها مجاناً للاعضاء

والخلاصة ان ما شاهدناه في العراق من كرم وحسن وفادة وعناية من رجاله وحكومته وشعبه واطبائه يجعلنا ننطلق بالشكر الكبير لهم والثناء العاطر عليهم متعهم الله بالقوة والعزة في ظل مليكهم المحبوب انه سميع مجيب

❀❀❀

الافرنجي وبعض عوارض الارسانوبنزان (١)

للعليم عبد الغني المحملجي

الوقاية من الافرنجي: لقد اتضح للعليم لافاديتي ان البريميات الشاحبة تستولي على العقد اللنفاوية بمدة نصف ساعة من دخولها جسم الانسان الامر الذي دفع المومأ اليه الى اجراء التجارب اللازمة على الحيوانات وايجاد طريقته المعروفة بالوقاية المعدنية (Métallo - prévention)

اننا لم نجرب الطريقة المذكورة ولذا نكتفي بنقل المشاهدات الآتية :

١ – يقول العليم روبر رابو انه شاهد حديثاً امرأة فرض انها مصابة بالافرنجي الوراثي وعولجت بالبزموت . ثم اصيبت بالافرنجي بعد اربعة اشهر مضت على المعالجة البزموتية .

٢ – ويقول العليمان ليبوف ولاكاسنيه ان كثيراً من المومسات اللاتي اتبعن المداواة البزموتية بناء على نتيجة واسرمان الايجابية قد اصبن بعوارض افرنجية اولية او ثانوية بعد مداواتهن بمدة وجيزة .

٣ – ويقول الحكيمان كيلرله وغاته من ليون ان مومساً عوينت في السنة ١٩٢٩ وكان تفاعل واسرمان الدموي ايجابياً فيها واتبعت المداواة النوعية المنتظمة : الزرنيخ والبزموت حتى ايار سنة ١٩٣٣ اذ كانت نتيجة التفاعل المصلي الدموي سلبية وقد انتهت الدورة الدوائية البزموتية الاخيرة

(١) محاضرة القيت في مؤتمر بغداد الطبي العاشر

في تموز سنة ١٩٣٣ . وشوهدت في ايلول مصابـة بالواح مخاطية ايدتها البريميات الشاحبة مجهرياً والفحص المصلي الدموي .

٤ — وان مومساً أخرى اتبعت المداواة النوعية بناء على تفاعل واسرمان الدموي . وعولجت سنتين بالبزموت كانت تكرر مداواتها اربع مرات في السنة وتحقن مرتين في الاسبوع وكان عدد حقن كل دورة دوائية عشرة وقد انتهت دورة المداواة الاخيرة في ايلول سنة ١٩٣١ واصيبت في كانون الثاني سنة ١٩٣١ بقرحة افرنجية بدئية في الشفر الكبير رافقها انتباج في العقد اللنفاوية وايدتها البريميات الشاحبة التي شوهدت مجهرياً .

٥ -- وان رجلاً اصيب بقرحة افرنجية ايدهـا وجود البريميات الشاحبة مجهرياً وعولج اربع سنوات بالزرنيخ والبزموت واصيب بقرحة ثانية مشابهة للاولى بعد مرور اربعة اشهر على آخر معالجة بزموتية رافقهـا انتباج عقد الاربية وشوهدت البريميات مجهرياً .

٦ — وان رجلاً آخر اصيب بقرحة اولية في سنة ١٩٢٦ وعولج بسلسلتين من الارسنوبنزول ثم ترك المعالجة حتى عام ١٩٣٣ اذ كان التفاعل المصلي الدموي ايجابياً شديداً فاستؤنفت المعالجة مراراً بالبزموت من سنة ١٩٣٣ حتى سنة ١٩٣٥ اذ ظهرت في الناحية التناسلية قرحة افرنجية رافقها انتباج عقد الاربية وايدها وجود البريميات الشاحبة مجهرياً وتفاعل واسرمان الدموي

ونختم القول بانه لا نقصد من ايراد هذه الامثلة استنباط نتيجة مخالفة لنتيجة الوقاية المعدنية بل نريد ان توجيه انظار الحكماء الى ان المداوة البزموتية اذا كانت غير موافقة لطريقة الوقاية المعدنية المبينة بالتجارب على الحيوان

والانسان من حيث كمية العلاج اللازم حقنه في كل مرة وفي الازمنة المعينة قد لا تقي من استيلاء المرض وهذه الطريقة عسرة ولا يمكن اجراؤها الا في بعض حالات استثنائية .

اسقاط الافرنجي وابادته وهو في دور الحضانة : لم يراجعنا احد قبل ظهور القرحة الافرنجية الاولية قاصداً اجراء المعالجة اللازمة لاسقاط المرض فليست لدينا مشاهدات خاصة يستند اليها للحكم في ما اذا كانت المداواة النوعية تسقط الافرنجي وتبيده ام لا ؟

غير ان مشاهدة العلماء جايس وسيدي وترنك تلخص بان رجلاً في الاربعين من عمره عولج في الشهرين اللذين تقدما دور سراية الافرنجي باربع حقن وريدية من الارسنوبنزول (٠،١٥ — ٠،٣٠ — ٠،٣٠ — ٠،٤٥) وبسبع حقن من ثاني يودور الزئبق وفي دور الحضانة بعشر حقن من ثاني يودور الزئبق لاصابته بناسور في النهاية السفلية للساق ناتج عن آفة عظمية طالت مدته واستعصى على المداواة الجراحية والطبية المختلفة وكانت المداواة المذكورة احتياطية فلم تجن اي فائدة في سير ناسور الساق وشفائه بل انه على الرغم من المداواة النوعية الآنفة الذكر اصيب بقرحة افرنجية على القضيب ايدها التصلب وانتباج العقد اللنفاوية ووجود البريميات الشاحبة مجهرياً .

ان مقدار الزرنيخ الذي اعطي في هذه الحادثة قليل ولا يكفي للقول بان الزرنيخ لا يسقط الافرنجي وهو في دور الحضانة .

اما الحادثة التي ذكرها كورد مع احد العلماء الآنفي الذكر فتفيد ظهور القرحة الافرنجية في شخص كان يتجرع حبات الترابرسول يومياً مدة

ثلاثة اشهر لاصابته بالزحار المزمن .

ويقول العليم روبر رابوت انه من العادة ان يعمد الى اجراء سلسلة مداواة افرنجية حينما يقصد اسقاط المرض ومن المعلوم انه يمكن لسلسلة واحدة من الزرنيخ او البزموت ان تسبب سكوناً في ظهور الاعراض السريرية او المصلية والمشاهدة مدة طويلة تثبت ان هذا السكون عبارة عن فتور في سير المرض لاعن شفائه لانه قد شوهد عدة مرات تأخر في ظهور اعراض المرض الاولية او عدم ظهورها من نتيجة المداواة التي تستعمل بقصد الاسقاط دون ان يكون لها أدنى تأثير في سير المرض .

ويقول العليم ميليان ان الافرنجي بدون قرحة اولية يكون في بعض الحالات ناتجاً عن مداواة مسقطة .

فالاوفق الا يعمد الى المداواة النوعيــة بناء على الشك والشبهة وقبل تحقق المرض .

سراية الافرنجي : أبان لايناي ولافاديتي ان البريميات الشاحبة تقوى على المعيشة ساعتين في مخاط المهبل مما يجعل سراية الافرنجي ممكنة من امرأة لم يظهر عليها علامة افرنجية اذا فحصت فيما بعد .

سراية الافرنجي وهو في دور الحضانة اي قبل ظهور القرحة : يقول ميليان ان قروياً باشر بائعة خمر في اثناء رحلته الى المدينة واصيب بقرحة افرنجية شخصت مجهرياً بعد ظهورها ببضعة ايام وأفاد أنه باشر امرأته عند رجوعه الى القرية وقبل ظهور القرحة بثمانية ايام ولم يمسسها بعده حتى يوم المعاينــة . فوضع ميليان الامرأة المذكورة تحت المشاهدة واخذ يعاينها اسبوعياً ولم يشاهد

قرحة افرنجية في الفرج ولا في عنق الرحم . وبعد ثلاثة اسابيع مضت على الجماع الزوجي انتبجت العقد الاربية كانتباجها في الافرنجي وبعد خمسين يوماً ظهرت في الامرأة اندفاعات حطاطية وكان تفاعل واسرمان الدموي ايجابياً .

ويقول الحكيم كزافيه فيلانوفا ان احد الاطباء النسائيين كان يتابع الحاثه على السيلان الابيض (Leucorrhée) ويباين في اكثر الايام اعضاء خليلته التناسلية فشكت في ٦ حزيران ألماً في الناحية الاربية اليسرى وثبت لديه ان الالم المذكور ناشيء عن انتباج خفيف في احدى العقد اللنفاوية ولم يظهر له في المعاينة الدقيقة ادنى آفة في الناحيـة التناسلية وفي اليوم نفسه خرج الطبيب للسياحة بعد ان باشرها للمرة الاخيرة .

ثم ازداد حجم المقدة وظهرت قرحة افرنجية على الفرج ايدها وجود البريميات الشاحبة مجهرياً والتفاعلات المصلية الدموية ولذا اتبعت المعالجة النوعية

ولما عاد الطبيب من رحلته باشر خليلته في ٢٧ حزيران وظهر في الساعة الثامنة من مساء ٤ تموز ائتكال على القضيب وانتباج خفيف في العقد الاربية اليمنى وقد حققت البريميات الشاحبة التي وجدت مجهرياً في اليوم التالي طبيعة الائتكال . اما التفاعلات المصلية الدموية فكانت سلبية .

فعلى ما تقدم اصبحت سراية الافرنجي وهو في دور الحضانة ممكنة ولا اعتراض عليها .

سراية الافرنجي بطريق الدم : ان مشاهدات سراية الافرنجي بالطريق الدموي اي بنقل الدم قليلة غير انها كافية ومحققة واليكم خلاصة الحادثة

التي ذكرها العلماء بارن والآنسة ليفافر : طفلة عمرها سنتان ونصف لم تشاهد في جسمها علامات الافرنجي الوراثي . اصيبت في اذار سنة ١٩٣٤ باعراض التهاب الدماغ النومي واجري لها اربع نقلات دموية من دم امها فشفيت من مرضها هذا . غير انها اصيبت في ١٥ حزيران اي بعد نقل الدم بشهرين ونصف بعوارض الافرنجي الثانوي : حطاطات ضاخمة في الناحية التناسلية وحول الشرج ، تشقق الصماغين (commissures labiales) واعطت تفاعلات الدم : واسرمان ، هشت ومانينكه نتائج ايجابية

والدتها سالمة في الظاهر ولم تبدِ أثراً للافرنجي الوراثي ولم تجهض ولها طفل آخر في الخامسة من عمره صحيح البدن واسرمان الدم سلبي افادت انه حوالي اليوم الخامس عشر من نيسان الماضي ظهرت في ناحيتها التناسلية عدة حبات دامت ستة اسابيع ولم تهتم بأمرها وقد رافقتها آلام رأسية . فحص دمها في ايلول سنة ١٩٢٤ على طريقة واسرمان واعطى نتيجة ايجابية وكانت حاملًا اثناء المعاينة ثم وضعت جنيناً عطناً قبل الميعاد الطبيعي .

فالابنة والحالة هذه اكتسبت الافرنجي الذي انكشف بعوارض ثانوية (اي بدون قرحة أولية) بالطريق الدموي .

وقد نقلت الى الجمعية الطبية الجراحية بدمشق في جلستها المنعقدة في ٩ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ حادثة رجل كان مصاباً بألواح مخاطية ضخمة حول الشرج وبتنبج عقد الاربية وبألواح مخاطية لبنية على اللوزتين وبوردية افرنجية في راحة اليدين مما لا يترك مجالاً للشك في اصابته بالافرنجي الثانوي وقد فحص دمه عدة مرات وبعد التحريض (réactivation) وكانت

نتائج تفاعلات واسرمان ومانينكه سلبية .

وقد عولج معالجة غير كافية ولذا كانت العوارض الافرنجية تنكس من حين الى آخر على الرغم من التفاعلات الدموية التي ظلّت سلبية .

وقد اعلمنا احد رفقائه بانه اعطى من دمه بعض المرضى المحتاجين الى الاستدماء ولما سألناه عن صحة ذلك قال : انه فحص في بيروت في صيف سنة ١٩٣٦ ووجد مناسباً واعطى شيخاً لبنانياً كمية من دمه يجهل مقدارها بستين ليرة سورية ولم نتمكن من اخذ المعلومات اللازمة عن حالة الشيخ الصحية وما اذا كان قد اصيب بالافرنجي بعد عملية نقل الدم ام لا ؟

وقد رغبنا من نقل هذه الحادثة في توجيه انظار الزملاء الى ان اكثر حادثات عدوى الافرنجي بالطريق الدموي اي الناتجة عن نقل الدم كانت نتائج التفاعلات المصلية فيها سلبية وكانت ناتجة من استعمال دم المصابين بالافرنجي حديثاً وقبل الدور المصلي .

ولذا نرى الا يكتفى بنتائج التفاعلات المصلية السلبية ولو كانت بعد التحريض ومن اللازم اجراء الفحص السريري عدة مرات وفي ازمنة مختلفة وعدم استعمال دم المشتبه فيهم سريرياً في نقل الدم حذراً من تلقيح الافرنجي بالطريق الدموي .

الافرنجي في دمشق : نلخص فيما يلي حادثات الافرنجي التي شاهدناها في مستوصف ابن زهر خلال السنين الخمس الاخيرة اعني من سنة ١٩٣٣ حتى سنة ١٩٣٧ وبعضاً من المشاهدات :

(عدد المرضى الذين عولجوا في مستوصف ابن زهر)

قرحة افرنجية اولية		عوارض الدور الثاني		عوارض الدور الثالث		افرنجي وراثي		السنة
ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	
٢	٠	١٥	٣٢	٣	١٨	٢	٢	١٩٣٣
٣	٠	٢٦	٢٣	١٣	١٥	٢	١	١٩٣٤
٤	٠	٥١	٣٨	١١	١١	٢	٢	١٩٣٥
٢٠	٢	٥٩	٣١	١٦	١٨	٦	٩	١٩٣٦
١٠	٢	٥٠	٣٩	١٣	١٩	٣	٧	١٩٣٧
٣٩	٤	٢٠١	١٦٣	٥٦	٨١	١٥	٢١	جملة

شوهدت القرحة الافرنجية الاولية في الناحية التناسلية وخارجها وواحدة ومتعددة . وفي الرجال والنساء والاطفال .

نسبة القرحة الواقعة في الناحية التناسلية :

٩٣ ٪ في الرجال

٣ في الاربعة في النساء

٢ في الثلاثة في الاطفال

نسبة القرحة الواقعة خارج الناحية التناسلية :

٧ ٪ في الرجال

١ في الاربعة في النساء

١ في الثلاثة في الاطفال

نسبة القرحة الافرنجية :

١٢٫٥ ٪ في الذكور

١٫٥ ٪ في الاناث

واليكم بعض المشاهدات الشخصية :

الحادثة الاولى . — مندفعات صباغية منتشرة في الوجه والطرفين العلويين والجذع .

المريض (ف . م .) عمره خمس وعشرون سنة متزوج شوهد في مستوصف ابن زهر في ٢٣ كانون الاول سنة ١٩٣٦ مصاباً بقرحتين افرنجيتين في الميزابة الحشفية رافقهما تنبج العقد الاربية الموافقة وايدهما التصلب ووجود البريميات الشاحبة مجهرياً . وظهر في ٣٠ كانون الاول سنة ١٩٣٦ حطاطات عدسية صباغية خرنوبية اللون انتشرت في الوجه والطرفين العلويين والجذع وزالت تماماً بالمداواة الزرنيخية الزئبقية الاولى بدون ان يبقى لها اثر .

ان هذا النوع من المندفعات الحطاطية الصباغية غير الذي ذكره المؤلفون والذي هو عبارة عن بقع بيض محاطة بجلد طبيعي مصبغ تلي الوردية الافرنجية واكثر ما تكون منتشرة في العنق والقسم العلوي من الصدر وتظل مدة طويلة سنة او اكثر ويكون تأثرها من المداوة النوعية غير محسوس ومنهم من يقول انها من عقابيل الوردية التي تترك مدة طويلة بدون معالجة .

الحادثة الثانية . — مندفعات افرنجية إئتكالية منتشرة في ما بين الاصابع

المريض (ث .) عمره ثلاثون سنة صاحب مقهى ، ليس في سوابقه الشخصية ما يفيد ذكره .

أصيب في آب سنة ١٩٣٦ بائتكال ما بين اصابع القدمين عالجه بعض الاطباء بدون فائدة . وكانت الائتكالات تتسع يوماً عن يوم حتى اصبح غير قادر على لبس الحذاء والمشي والقيام باعماله .

استوصفنا في ١٩ ايلول شاكياً حالة قدميه والآلام التي تنتابه في اثناء المشي ولدى معاينته شوهد مصاباً بائتكالات حمر منتشرة ومتناظرة في ثنيات ما بين اصابع القدمين وفي الوجوه الداخلية للاصابع المذكورة تفرز منها مادة مصلية مدماة منتنة ولم تجاوز الائتكالات المذكورة السطوح المتماسة من الاصابع. وشوهد ايضاً بعض ائتكالات في ثنيات ما بين اصابع اليدين . وظهر من معاينة الجسم العامة: حطاطات حمر في راحة اليدين واخمص القدمين ولوحات مخاطية لبنية حول الشرج وعلى اللوزتين وظهر اللسان والشفتين والصفن رافقها انتباج العقد اللنفاوية . فحص دمه على طريقة واسرمان ومانيكه وكانت نتيجة كل منهما ايجابية وقد افاد انه اصيب قبل ثلاثة اشهر بقرحة في القضيب لم يعتن بمداواتها وقد شفيت بدون ان يعرف ماهيتها .

الحادثة الثالثة . — مندفعات افرنجية ائتكالية ما بين الاصابع .

المريض (ج .ع .) محضر في احدى المحاكم عمره خمس وعشرون سنة احيل للمعاينة لقروح بدت منذ خمسة عشر يوماً ما بين اصابع القدمين اقعدته عن المشي والحركة والقيام بوظيفته . افاد انه يذهب كل يوم الى احد المستشفيات لاجراء الضماد بدون جدوى .

ولدى معاينته شوهد مصاباً بائتكالات سطحية في ما بين اصابع القدمين لونها لحمي وتفرز مادة مصلية منتنة مدماة وبحطاطات دائرية احمرارية في اخمص القدمين وراحة اليدين وبتقرح جانبي لبعض اصابع اليدين وبالواح مخاطية لبنية باللوزتين وبقرحة افرنجية لم تندمل بعد تماماً في الميزابة الحشفية

رافقها تنبج العقد اللنفاوية الموافقة وايدها وجود البريميات الشاحبة مجهرياً وتفاعل واسرمان الدموي .

وقد قصدنا من نقل هاتين الحادثتين تنبيه الزملاء الى هــذا النوع من الاشتــكالات المنتشرة التي تظهر في ما بين الاصابع في اوائل الدور الثاني وترافق الوردية او تتقدم عليها لما لها من الشأن الكبير من حيث تشخيص المرض باكراً والشروع بالمداواة النوعية في حينها ويكفي ان نفتكر بهــذا النوع حينما نشاهد اشتكالاً في ما بين الاصابع للقيام بالفحوص السريرية والمصلية التي تعين لنا طبيعة المرض .

هذه هي بعض حادثات الافرنجي النادرة التي شوهدت خلال السنين الخمس الآنفة الذكر وبقية الحادثات هي عبارة عن اصابات افرنجية مماثلة للحادثات التي نشاهد كل يوم من قروح اولية ومندفعات ثانوية جلدية كانت او مخاطية وعوارض ثالثية من صموغ وقروح جلديــة منتشرة وبعض عوارض عصبية والخ . . .

هذا وان لم يكن مستوصف ابن زُهر خاصاً لمداواة الافرنجي العصبي فقد شاهدنا بعض اصابات بالتابس (tabès) والشلل العام (paralysie générale) فعليه والحالة هذه يكون داء الافرنج موجوداً في دمشق بجميع ادواره وانواعه المعروفة .

بعض عوارض الارسنوبنزان — الآلام البطنية : كثير من المرضى من يصاب بآلام معدية خفيفة وبغثيان او اقياء حينما نحقن اوردتهم بالارسنوبنزان وسرعان ما تزول هذه الاعراض باستعمال الادرنالين وقليل منهم من يصاب

في عقب كل حقنة بآلام بطنية شديدة قد تجعل متابعة المداواة النوعية بالارسنوبنزان غير ممكنة بعد ان كانوا يتحملونها تماما وقد شاهدنا ثلاث حادثات من هذا النوع الاخير نشأت اثنتان منها من الحقن بالنوفرسانوبنزول والاخرى عن النايوسلفرسان وهذه خلاصتها :

الحادثة الاولى : . — المريضة م . ج . مومس عمرها خمسون سنة اتبعت المداواة النوعية سنة ١٩٣٣ لاصابتها بتقرح افرنجي بعنق الرحم . اجري لها من مارس سنة ١٩٣٣ حتى نيسان سنة ١٩٣٤ ثلاث دورات دوائية مؤلفة كل منها من سبع حقن نوفارسنوبنزول من ٠،٣٠ الى ٠،٩٠ سانتيغراماً وقد كرر المقدار الاخير ثلاث مرات وكانت تنتابها آلام معدية شديدة في عقب الحقن الاخيرة من السلسلة الدوائية الثالثة رافقتها أقياء مدماة ؛ قد حالت تلك الآلام والاقياء المدماة دون امكان متابعة المعالجة النوعية بالنوفارسنوبنزول

الحادثة الثانية . — مومس س . ج . في العقد الرابع من عمرها .

عولجت من آب سنة ١٩٣٣ حتى تشرين الثاني بثماني حقن نوفارسنوبنزول لاصابتها بتقرح افرنجي في الشفر الصغير الايسر دون ان تشعر بألم في عقب الحقن الوريدية ثم اجرى لها من ٢٨ كانون الثاني سنة ١٩٣٤ الى ٢٤ اذار سنة ١٩٣٤ اربع حقن وريدية من النوفرسانوبنزول (٠،٣٠ — ٠،٤٥ — ٠،٦٠ — ٠،٧٥) اصيبت بعد مرور عشر دقائق على الحقنة الاخيرة بآلام معدية شديدة وقد تكررت هذه الآلام بعد اسبوع حينما حقنت اوردتها مرة ثانية بـ (٠،٧٥) سانتيغراماً من العلاج المذكور ولذا صرف النظر عن النوفرسنوبنزول وتوبعت المعالجة بالبزموت والزئبق .

الحادثة الثالثة . — شوهدت بالاشتراك مع العليم منيب الجابي من دمشق وهي عبارة عن مريض عمره ثلاثة وثلاثون عاماً مصاب بالافرنجي منذ سنة ١٩٣٥ وزنه ستون كيلو غراماً بوله خال من الآح مدمن شرب الخمور

عولج في السنة الاولى بثلاث دورات دوائية مؤلفة كل منها من خمسة غرامات نئوسلفرسان وعشر حقن بزموت دون ان يشعر بألم بعد الحقن الوريدية . وشرع في السنة الثانية بالمداواة بالنئوسلفرسان والزئبق المنحل فحقن بفاصلة اسبوع (بـ ٠،٤٥ — ٠٫٤٥ — ٠٫٦٠) سانتيغراماً . اصيب بعد مرور عشر دقائق على الحقنة الوريدية الاخيرة اي في الساعة العاشرة من صباح اليوم السابع من حزيران سنة ١٩٣٧ بآلام لامعة شديدة في الناحية القطنية العجزية حتى اصبح غير قادر على المشي والحركة وقد وصف له احدنا الهيبوسولفيت والادرنالين شرباً بدون فائدة .

وكانت الآلام تنشأ من الناحية القطنية وتنتشر الى الطرفين السفليين والى الجهة الامامية من الصدر والى جدار البطن الامامي حيث ترى تقلصات العضلات واسترخاآتها مما يشابه آلام الولادة. البطن غير منتفخ ولم يكشف الفحص السريري مقراً للآلام في احد اعضاء البطن ولا في ناحية المثانة ولا تشوشات بولية ولا انحباس المواد الغائطة والغازات المعوية

واضطر لتسكين برحاء الآلام الى الحقن بسانتيغرامين من المورفين وحبابة سادول (sédol) في منتصف الليل واخرى في منتصف اليوم التالي فسكنت الآلام تدريجياً وشفي المريض منها تماماً في صباح اليوم التاسع من حزيران وقد استؤنفت المعالجة في اليوم السادس عشر من حزيران سنة ١٩٣٧

فحقن اولاً بالادرنالين وبعد مرور عشر دقائق بـ (٠،٤٥) سانتيغراماً من النيوسلفرسان بدون ان يشعر بأدنى ألم ثم توبر على حقن النيوسلفرسان وحده ولم تتكرر تلك الآلام .

النزوف الدموية التالية للمداواة بحقن الوريد بالارسنوبنزول :

الحادثة الاولى . الموسى ف ، ل . عمرها خمس وثلاثون سنة اتبعت المداواة النوعية لمجرد ايجابية واسرمان الدموي . حقنت اوردتها بفاصلة اسبوع بـ (٠،٣٠ - ٠،٤٥ — ٠،٦٠ — ٠،٧٥) سانتيغراماً من النوفار وقد اصيبت بعد مرور ربع ساعة على الحقنة الوريدية الاخيرة بنزف دموي رحمي وبسيلان لعابي مدمى غزير ارقىء باستعمال حبابة ادرنالين تحت الجلد وغرام كلورور الكالسيوم في الوريد . ثم توبعت بعد اسبوع المعالجة نفسها فحقنت اولاً بالادرنالين وبعده بـ(٠،٧٥) سانتيغراماً من النوفار فلم يتكرر النزف فيما بعد على الرغم من المثابرة على اتمام سلسلة المداواة الزرنيخية بصورة متزايدة

الحادثة الثانية . — الموسى م . ج. هي المريضة التي ذكرناها في حادثات الآلام البطنية كانت تصاب بآلام شديدة في المعدة وبأقياء مدماة في عقب الحقن الاخيرة من السلسلة الدوائية الثالثة وكانت تلك الاقياء المدماة تدوم بضع ساعات وترقأ باستعمال الادرنالين .

الحادثة الثالثة . — المريضة ذ . ح . عمرها خمسة واربعون عاماً اصيبت بالافرنجي قبل عشر سنين عولجت في سنة ١٩٣٢ بثلاث دورات من النوفار اربعة غرامات وثمانون سانتيغراماً في كل دورة لاصابتها بتقرح افرنجي بعنق الرحم . وقد اصيبت في عقب الحقن الاخيرة للدورة الزرنيخية الثالثة

باقياء خفيفة مدماة كانت تزول من نفسها غير مستلزمة المعالجة وقد استؤنفت المعالجة نفسها في السنة الثانية ولم تصب بنزف ما .

الحادثة الرابعة . — الموسس ف . ع . مصابة بقرحة في المعدة شخصت سريرياً اتبعت المداواة النوعية لاصابتها بألواح مخاطية لبنية على اللوزتين مؤيدة بالتفاعل المصلي الدموي . اجري لها في السنة الاولى ثلاث سلاسل مداواة من النوفار ، اربعة غرامات وثمانية اعشار الغرام في كل دورة وكانت تنتابها في عقب كل حقنة من حقن السلسلتين الاولى والثانية اقياء خفيفة مدماة وقد اخذت هـذه الاقيـاء المدماة بالاشتداد في عقب حقن الدورة الثالثة وكانت تدوم بضعة ايام ثم ترقأ من نفسها او من استعمال الادرنالين

لم تساعدنا الظروف على اجراء فحص الدم في هذه المشاهدات الاربع ولم تكن النزوف الدموية فيها شديدة مستلزمة نقل الدم او مفضية الى الموت كما في حادثة ميليان التي انتهت بالموت واظهر فحص الجثة بؤراً التهابية نزفية في البانقرياس . وانا نعتقد ان سبب النزوف الدموية التالية لحقن الوريد بالنوفار هو فلج الاعصاب المحركة للعروق الدمويـة بتأثير النوفار السمي وهذا التأثير عبارة عن نوع من انواع البحران النيتريتي ويؤيد ذلك عدم مشاهدة اي اختلال في التوازن الدموي في حادثات النزوف الدموية التالية للمداواة بالنوفار المدونة حتى اليوم .

❀❀❀

الخنثية الكاذبة وعلاقتها بالعقم [١]

للعليم شوكة الزهاوي

بمساعدة العليم بشون رسام

ان موضوع البحث هو ان رجلا عمره ثلاثون سنة عراقي الجنسية راجع المستشفى الملكي في بغداد يشكو العقم الذي حط من حياته الزوجية لمدة اثنتي عشرة سنة ويرجو شفاء من هذه الحالة التي حالت دون تأليفه عيلة وقد حاول التزوج بثلاث نساء بغية الحصول على ذرية لكن آماله لم تحقق .

ان الشخص كان مصاباً بفتق اربي ولادي وكان يزعم انه سبب ذلك العقم فطلب ان يرتق فتقه فادخل السريريات الجراحية واجرى له العملية الدكتور صائب شوكت الذي لم ازل مديناً له لارساله محتويات كيس الفتق مما سهل علي درس الحالة وتمحيصها .

ان المعاينة التي اجريت على المريض دلت على ان الاعضاء التناسلية كانت متكاملة اي ان القضيب كان اعتيادي الحجم لكن الصفن كان خالياً من الخصية غير انه متصل بالخط الاوسط . ان الخواص الجنسية الثانوية كانت موجودة كاللحية والشاربين، والمسافة بين الكتفين كانت مربعة ولم يلاحظ الشحم تحت الجلد الذي يشاهد عادة في النساء كما ان الكتلة الشحمية لم تشاهد

(١) تقرير رفع الى المؤتمر الطبي المصري العاشر في بغداد

فيه فوق الناتىء العاني . الصوت هو صوت رجل وكذا الحنجرة . فيستنتج من ذلك ان الدلائل باجمعها تؤيد ان الشخص كان ذكراً . وكان الفتق اربياً ولم يدخل الصفن .

لدى العملية : اخرج الكيس الفتقي ولما فتح وجدت فيه الاعضاء التناسلية لكلا الجنسين فرفعت ورتق الفتق ولما شفي المريض اخرج من المستشفى فلم يمر اكثر من اسبوعين حتى عاد اليه ثانية يشكو ضعف القوة والرغبة الجماعية وكانت قد استحوذت عليه الحالة العصبية حتى أنه لم يسمح لنا باجراء التحريات اللازمة من الوجهة الفريزية والمرضية التي طرأت على مفرزاته الداخلية . والاستنتاج الوحيد الذي توصلنا اليه هو ان الرجل اصبح خصيّاً بعد ان قطعت خصيتاه اللتان كانتا في كيس الفتق ومما ايد لنا هذه الحالة هو بدء شعر الوجه بالضمور الذي كان العلامة الوحيدة الملاحظة في خلال هذه المدة القصيرة .

فحص محتويات الكيس الفتقي : ان محتويات الكيس الفتقي كانت مؤلفة من رحم كمثرية الشكل تحيط بها طبقة مصلية ، جوفها اصغر من الحالة الاعتيادية ومغطى بغشاء مخاطي . وعنقها اطول حتى مما في الطفلة وجسمها متقلص نظير الرحم في المرأة العجوز واكثر من ذلك وقطرها من القعر الى الفتحة الخارجية عشرة سنتيمترات .

ان الاقسام التي تدعى انابيب الرحم كانت مفتوحة في بدايتها فقط ومسدودة بنهايتها وطول كل منها سبعة سنتيمترات لكن نهايتها لم تكن اعتيادية اي لم يكن فيها الصيوان الذي ينعطف على المبيض .

وقد وجدت غدة تشبه المبيض مقياسها ٤×٥ / ٢ سنتيمترات تحت الانابيب من كل جهة .

وكان في جانبي الرحم الرباطان العريضان اللذان تعلق بهما الغدد التناسلية المذكورة .

الفحص المجهري : الرحم صنع منها مقطع طولي فبدت فيه طبقة عضلية كثيفة وطبقة ايتاليائية ضخمة ومؤلفة من طبقتين الى ثلاث طبقات خلاياها مكعبة وقسم منها مهدب . ولم نشاهد اعوجاجات في المنبات كما في الاورام.

والالياف العضلية كانت ضامرة تفرقها حزم من النسيج الضام . ولم يشاهد اثر للنزف بين الانسجة

واما القسم العنقي من الرحم فسيبحث فيه .

واخذ مقطع آخر عند اتصال الانبوب بالرحم وكان النسيج متشابهاً في الجهتين . ان هذا النسيج قد اخذ محل قسم البرزخ من الانبوب الرحمي وله طبقة مخاطية وهو يشتمل على ثلاثة او اربعة التوآت غشائية . والخلايا الايتيليائية موشورية الشكل. وتلي الطبقة المخاطية الطبقة المشيمية (chorion) وهي واضحة جيداً ثم تليها طبقة عضلية كثيفة ذات الياف غير مخططة .

الخصية الكامنة : اخذ مقطع منها للمقابلة مع الخصية التي سيجري البحث فيها . ان النقاط التي تشابه الخصية التي سيجري البحث فيها هي ضمور قسم انابيب الخصية وعدم احتوائها على الحوين المنوي وتنسج (hyperplasie) الخلايا الخلالية

واخذ مقطع من خصية اعتيادية للمقابلة مع المقطع الآنف الذكر حيث

يبدو النمو الطبيعي للخلايا المنتشة (germinal cells) واختلاف ظاهر بينها وبين المقطع الثالث في الخلايا الخلالية .

يظهر في مقطع الخصية المبحوث فيها ضمور في الخلايا الايثاليالية البذرية. ومعظم الانابيب الخصوية ممتلىء بمواد مخاطية وبعضها الآخر فارغ وجدرها ضامرة والانابيب خالية من الحوين المنوي. والخلايا الخلالية (خلايا ليديك) ضخمة وافرازهـا هو العامل المؤثر في حصول الفرق بين الجنسين وفي الخواص الجنسية الثانوية .

ان ضمور الانابيب يحدث ايضاً في عدة حالات متشابهة منها تأثير الاشعة المجهولة ، واشعة الراديوم ، واختلاطات النكاف في عقب امراض سارية اخرى وكاختلاط للحمى المتموجة . ان الحالات الالتهابية قد تشمل الخصية جميعها لكنها عادة تحصر في القسم الانبوبي ولا تؤثر في خلايا « ليديك » وان سلامة هذه الخليات في سياق الالتهابات تبقي للرجل خواصه الجنسية . اما اذا شمل الالتهاب قسمي خلايا الخصية فيكون اللاتنسج (aplasie) مزدوجاً وقد ذكر الاستاذ ويدال هذه الحالة في مريض لم تنمُ فيه الاعضاء الجنسية اي ان الاحليل والخصيتين كانت بحالة الطفولة وكان الشعر رقيقاً ولم ينمُ على الوجه والجسم ، والجلد ناعماً والحوض عريضاً كحوض الانثى والثدي كان قد تمّ نموه حتى ان عقلية المريض كانت تميل الى الانوثة .

وصنع مقطع طولي على قطب الخصية السفلي فبدا فيـه البربخ مصفحاً بخليات اسطوانية ومحاطاً بمحفظة من النسيج الضام .

والحويصلة المنوية طبيعية الشكل وطبقتها الايثاليائية اسطوانية وخالية

من القطيرات الشحمية . وليس في جوفها حوين منوي ولا السائل المغذي الذي تفرزه والذي يسهل طريقة التخثر . وطبقتها العضلية موجودة غير انها ضامرة .

واخذ مقطع من القناة الدافقة في نقطة بعيدة عن البربخ فبدت في الغشاء المخاطي خلايا اسطوانية غير مهدبة ومتموجة الشكل كما ان الطبقة تحت المخاط طبيعية ومثلها الطبقة العضلية .

والبروستاة تشبه عنق الرحم بالعين المجردة . اما تحت المجهر فيرى فيها نسيج عضلي غير مخطط كثيف فيه كهوف صغيرة من النسيج الغدي المصفح بالخليات الاسطوانية .

واخذ مقطع من نقطة ثخينة بين الرحم والغدة فبدت فيه اوعية دموية غليظة يملأها نسيج ضام متلين وتحيط بها طبقة ليفية كثيفة . وفي المقطع نسيج شحمي مشتبك مع الياف عضلية غير مخططة .

المناقشة عن الحادثة : ان وجود الرحم مع قسم من الانابيب يدل على ان قنوات مولر قد تطورت بعض التطور ثم وقف تطورها . ولهذا نجد ان الرحم كانت ضامرة الا طبقتها المخاطية التي كانت طبيعية اما السبب الذي جعل نمو هذه الطبقة حتى الدرجة الطبيعية سيكون غامضاً اذا اثبتنا ان ذلك الجسم لم يحتو على المبيض في بعض نواحيه . وباعتقادي اذا فرضنا ان ذلك الشخص لا يحتوي جسمه على المبيض – والارجح ان يكون ذلك – فان الفص الامامي من الغدة النخامية قد يفعل في نمو غشاء الرحم المخاطي وان يكن تأثير ذلك الفص من الغدة النخامية مباشرة في غشاء الرحم المخاطي لم تدعمه

بعد اراء المنقبين .

ان وجود النسيج البروستاتي بعد الرحم مباشرة تفسره لنا الحالة الطبيعية حيث ان بقايا الرحم في الذكور يبقى لها اثر في البروستاة اشبه بجيب صغير يدعى (برحم الذكور) ففي هذه الحالة تطور هذا الاثر حتى بلغ حجم الرحم الاعتيادي اما هذا التطور فقد كان ناقصاً اي غير شامل لملحقات الرحم ولعل السبب غيبة الافراز الهورموني الطبيعي الانثوي .

ان غدة الجنس التي جرى البحث فيها سابقاً اثبتت انها خصية كامنة قائمة بقسم من وظيفتها اي بوظيفة الافراز الهورموني فقط بدليل ان الخواص الجنسية الثانوية لذلك الرجل كانت موجودة فيه ، اما القسم الثاني من وظيفتها اي توليد الخليات الذرية فكانت محرومة منه بدليل ان الانابيب الافرازية كانت ضامرة وخالية من الحيوينات المنوية . ويعزي بعض ذلك الضمور الى انضغاط الغدة في كيس الفتق وبعضه الآخر الى اختلاف درجة الحرارة بين الصفن وجوف البطن وقد اجرى الن (Allen) وغيره عدة تجاريب اثبتوا بها ان ارتفاع بضع درجات من الحرارة في الخصية يضمّر الخليات الذرية وان حرارة جوف البطن اعلى من حرارة الصفن وهي كافية لاتلاف تلك الخليات . ويعتبر الآن سبب آخر لضمور الخصية وهو قلة افرازات الفص الامامي في الغدة النخامية ولهذا الافراز تأثير في توليد الحيوينات المنوية .

تأثير الافرازات الداخلية في الاعضاء الجنسية : تحقق ميكر (Meaker) في احصاءآته ان حالة العقم في ٥٧ بالمائة من مرضاه ناتجة عن اختلال

مفرزات الفص الامامي للغدة النخامية والمبيض والغدة الدرقية .

ولفص الغدة النخامية الامامي بحسب تأييد معظم المؤلفين تأثير في المبيض والخصية . اي انه ينبه وظيفتي الغدة التناسلية في الذكور والاناث . وذلك التنبيه قد يكون ناتجاً عن اكثر من افراز واحد نخامي . ان الافراز النخامي في الخصية : ينبه الخصية لتكوين الحوين المنوي وينبه الخلايا الخلالية للافراز الجنسي في الذكور (افراز ليدن) ويؤثر في مبيض الانثى فيكوّن البيضات وفي خلايا الافراز الداخلي التي تهب المرأة خواصها الجنسية

وعدا العقم الذي يسببه الفص النخامي الامامي . فان الغدة الدرقية قد تسبب العقم من النوع الوذمي النخامي (mexoedemic)وهذا هو اكبر دليل على تعاون الغدد . ان هذا النوع من العقم المسبب من قلة افراز الغدة الدرقية يتجلى لنا مع علامات اخرى وهي انحطاط القوى العامة وغيبة الشعر والمرض الجلدي والامساك وانخفاض الدثور والتطور الاساسي basal) metabolism) وارتفاع مقدار القولسترين (cholesterin)في الدم وقلة الحيض في الاناث .

تأثير الافرازات في نزول الخصية : يؤيد عددمن المؤلفين ان مفرزات الفص النخامي تؤثر في نزول الخصية الى الصفن واستناداً الى هذا المبدإ اعطيت من لم تنزل خصاهم خلاصة هذه الغدة فنجحت هذه المداواة في عدة اشخاص (كولدمان واسترن (Goldman & Stern المجلة الطبية لولاية نيويورك ١٩٣٣ / ٣٣/ ٩٥-١ . وقد ذكر ايضاً ان الخصية الكامنة اذا بقيت كذلك الى وقت البلوغ تضمر وتصبح غير صالحة لتوليد الحوين المنوي وعلى هذا الاساس

ان عدم نزول الخصية في الشخص الذي هو موضوع بحثنا يجب ان يكون مسبباً من اختلال افراز الفص النخامي الامامي واذا سلمنا ببرهان كهذا على اختلال تلك الغدة حق لنا ان نعزو سبب ضمور الخليات المولدة للحوين المنوي الى اختلال افراز تلك الغدة (على ألا نهمل تأثير اختلاف درجة الحرارة في الخصية وتأثير انضغاطها كما بينا سابقاً) واخيراً ان اختلال هذه الغدة نفسها قد يكون سبباً في حالة الخنثية التي نبحث فيها

نبذة عن علم الجنين : في الشهرين الاولين من تطور حياة الجنين اي في دورة قيام الكلية الوسطى (mesonephros) بوظيفتها وقبل تكوّن الخصية والمبيض لا يميز جنس الجنين بين الذكر والانثى ففي هذه الدورة توجد غدة تدعى الغدة التناسلية (Gonad) وهي الغدة التي تتكون منها الخصية او المبيض وتشتق هذه الغدة من حافة وولف (Wolffian ridge) المشتقة من الجرم الخلالي الاوسط (Intermediate cell mass) وفي الجهة الوحشية من الغدة التناسلية حافة اخرى يتكون منها النسيج الكلوي (nephrogenic tissue) اي الكلية الابتدائية (pronephros) والكلية الوسطى (mesonephros) والكلية الحقيقية (metanephros) وفي الجهة الوحشية من النسيج الكلوي تظهر حافة اخرى تتكون منها انابيب مولر وولف (Mullerian & Wolffian tubes)ويقع انبوب مولّر في وحشي انبوب ولف ولكن نهايته السفلى تقع في انسيه ويلتقي بالانبوب المقابل له ويتصل بالمبرز (cloaca) ونهاية هذين الانبوبين العليا مفتوحة بخلاف انبوبي ولف المنغلقة نهايتهما

الخلاصة : ان الجرم الخلالي الاوسط يكوّن ثلاث حافات: الانسية منها تكوّن نسيج الغدة التناسلية والوسطى النسيج الكلوي والوحشية قسم الانابيب (مولر وولف .)

تبدو علامات الجنس سواء أكان ذكراً او انثى في نهاية الشهر الثاني من الحياة الرحمية ويتم الامر بتطور الغدة التناسلية وانقلابها خصية او مبيضاً وانقلاب الكلية الوسطى برنحاً وضفيرة الخصية (rete tesis) في الذكور او جارة المبيض (epoophoron) في الاناث ما الاخيرة فتبقى كنسيج اثري بين انبوب الرحم والمبيض .

وتؤلف قناة مولر في الاناث الرحم والنفير والقسم العلوي من المهبل بيد انها في الذكور تضمر وتبقى كنسيج اثري صغير (rudimentary tissue) في القسم البروستاتي من القناة البولية. وتدعى رحم الذكور (uterus musculinus) اما اذا تطورت الحالة على عكس ذلك فتتابع هذه القناة نموها وتنقلب رحماً ونفيراً كما في الاناث وهذا شيء نادر وتحصل الحالة المسماة بالخنثية الكاذبة (pseudo-hermaphroditism) كما في الحادثة التي نبحث فيها . ويعزى عدم ضمور هذه الانابيب الى خلل الافرازات الداخلية .

ان ازدواج الجنسين (او الخنثية الحقيقية (bisexuality) امر مشكوك فيه فان الكثيرين لا يعترفون بنسيج غدي يقوم بوظيفتي الذكر والانثى في شخص واحد .

الميزات الجنسية الثانوية : ان الميزات الجنسية الثانوية ناتجة عن تأثير افرازات الغدد التناسلية. ففي الذكور هي نتيجة افرازات الخلايا الخلالية للخصية

وفي الاناث هي نتيجة افرازات المبيض الداخلية. وهذه تفرز مواد خاصة لهذه الغاية . وقد ثبت ان للفص النخامي الامامي ولقشرة الغدة الادرينالية فعلًا في الغدد التناسلية .

ومن جملة تأثير القشرة الادرينالية في الجنس ان الامراض المخدشة لها التي تنتابها في الانثى قبل البلوغ كالسرطان تؤثر في خواص الانوثة وتنتهي بظهور خواص الرجولية في الانثى كنمو الشعر كما في الذكور وتغلظ الصوت والخ . هذه الحالة التي تستطاع ازالتها باستئصال السرطان .

قد يظهر قسم من اعضاء الانثى التناسلية في الذكر ولكن متى وجدت الخصية فيه في الوقت نفسه وفي اي ناحية من نواحي جسمه يكون ذلك اكبر اثبات على انه ذكر والعكس بالعكس في الانثى .

الخنثية (hermaphroditism) : ان الخنثية الحقيقية هي اجتماع اعضاء الذكر والانثى في شخص واحد . ان هذه الحالة هي طبيعية في عدة حيوانات دنيا (كالحلزون) لكنها غير طبيعية في الانسان فاذا وجدت فيه تعتبر كحالة شبيهة بالاورام العجيبة (teratomatous tumours) وقد ذكرنا ان الجنين لا يعرف جنسه ما لم يبلغ الشهر الثاني . وان تعيين الجنس يتم بانقلاب الجرم الحلوي الاوسط فاذا لم تضمر قنوات مولر في الذكور انقلبت الى رحم وملحقاتها فكان ما نسميه الخنثية كما في القضية التي نتكلم عنها .

وقد اثبت بيدل (Biedal) وغيره ان الانسان مزدوج الجنسين . وان كل شخص ذكراً كان ام انثى يحتفظ في جسمه بخليات الجنس الآخر بصورة ابتدائية . فليس في الواقع الذكر ذكراً او الانثى انثى بكل ما في الكلمة من معنى

لان كلا منهما محتفظ بمواد الجنس الآخر الابتدائية وقد خلقت الاعضاء التناسليه لتكون صالحة ابتدائياً لأي جنس كان وفي البلوغ التام ترينا بضع درجات من الخنثية .

تصنيف الخنثية : ١ – خنثية في الجانبين (bilateral) حيث نجد خصية ومبيضاً في كل جانب من الجسم .

٢ - خنثية في الجانب الواحد (unilateral)حيث نجد خصيةومبيضاً في جانب واحد . وخصية او مبيضاً في الجانب الثاني من الجسم .

٣ - خنثية متوالية (alternate) حيث نجد خصية في جانب واحد ومبيضاً في الجانب الآخر من الجسم .

ان الخنثية الحقيقية لم تقم الحجة عليها حتى الآن والحوادث التي لا يثبت المجهر أنها تشتمل على انسجة تناسلية من الجنسين تدعى الخنثية الكاذبة (pseudo-hermaphroditism) التي قد تكون خنثيةداخلية حيث الاعضاء التناسلية مخفية كما في الحالة السابقة الذكر او خنثية خارجية حيث الاعضاء التناسلية ظاهرة .

اتحفنا توفيه ولابوانت (Tuffier & Lapointe) بنشرات عن موضوع الخنثية حتى السنة ١٩١١ وقد اكدا ان وجود انسجة تناسلية حقيقية لكلا الجنسين ممكن في شخص واحد..

وقد قسم تندلروغراس (Tnadler & Grass) في السنة ١٩١٣الخنثية الى١ . خنثيةوظيفية (functional) ٢ — خنثية شكلية (morphological) وهما يعتقدان ان الاولى منهما شيء غير ممكن الحدوث .

ويسمي قسم من المؤلفين الخنثية حقيقية اذا عثروا في ذلك الشخص على نسيج مبيضي خصوي (ovario-testes) (اي غدة فيها النسيج الخصوي والنسيج المبيضي معاً) وقد اختبرت هذه الحالة في الحيوان ونجحت فان كنود ساندز (Knud Sandz) غرس نسيجاً مبيضياً جنينياً في الخصية وعكس الامر ايضاً فكلل اختباره بالنجاح .

وقام الكساندر ليبشتوتس (Alexander Lipschütz) بالتجربة نفسها على خنزير غينية (Guinas pig) ونجح .

التشوه (malformation) : تحصل اكثر حوادث الخنثية من سوء شكل الاعضاء التناسلية الخارجية فقد يحدث ان يضخم البظر والشفران الكبيران في الانثى فتشبه الاحليل والصفن مع ان تلك الانثى تكون متمتعة بطمثها الشهري لسائر الاناث وذلك لان فيها مبيضاً فعالاً وقد يحدث في الذكر ان الاحليل لا يكمل نموه والصفن لا يتحد بالخط الأوسط فيشبهان البظر والشفرين الكبيرين مع ان الرجل يكون مستكملاً شروط الرجولة .

تصنيف الخنثية بحسب هيرشفيلد (Herschfeld) : ١ – الخنثية المذكرة حيث غدد الذكر التناسلية متكاملة مع انسجة أثرية تناسلية من الانثى كالحادثة التي ننقلها .

٢ – الخنثية المؤنثة حيث غدد الانثى التناسلية متكاملة مع انسجة أثرية تناسلية للذكر .

٣ – الخنثية المزدوجة حيث تجتمع الانسجة التناسلية للذكر والانثى اي الخصية والمبيض .

فحص الغدة الخصوية المبيضة النسيجي: لا يخفى ان الخليات الايبثليائية المنتشة (germinal epithelium) للخصية تقع في وسط الخصية بيد انهما في المبيض تستقر في الاطراف فلاجل التفتيش عن هذين النسيجين في غدة واحدة (كما في الـ ovariotestes) يجب اخذ مقطع من الوسط للتفتيش عن النسيج الخصوي وآخر من الحافات للتفتيش عن النسيج المبيضي تحت المجهر وبذلك فقط يتيسر لنا الجزم بوجود الخنثية الحقيقية. وان اغلب النشرات كانت تفوتها هذه الملاحظة.

ويشك ج. مارك اوفارل (J. Mark O'ffarel) من الوجهة الغريزية في وجود نسيج خصوي مبيضي ذي افرازات من النوعين (للمذكر والمؤنث في آن واحد) كما ذكرنا ذلك سابقاً.

الوراثة (heridity): اعلن ج. مارك (J. Mark) خمس حادثات خنثية في ستة اشخاص ينتسبون الى اسرة واحدة وقد حقق في حالة جدود تلك الاسرة فوجدهم اصحاء وكان هؤلاء الخمسة متمتعين بسلامة العقل وعدد افراد الاسرة التي ينتمون اليها اربعون.

✿✿✿

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثاء ٩ اذار سنة ١٩٣٨

١ً — العليم ممدوح الصباغ : حادث كمنة هرعية (Un cas d'amblyopie hystérique) : دركي رضت جمجمته رضاً خفيفاً ففقد بصر عينه اليمنى . وقد بينت المعاينة ان اغشية العين جميعها ولا سيما قعرها سليمة كل السلامة . فبعد ان وضعت نظارات على عينيه مؤلفة من زجاجة غير مصقولة (depoli) امام عينه اليسرى ومن اخرى ضيقة الثقب (sténopéique) امام عينه اليمنى استطاع المريض قراءة الاحرف الصغيرة وكان من السهل كشف وهمه وشفاؤه بالاقناع .

٢ً — العلماء ترابو وعزة مريدن ووحيد الصواف : التهاب جذور واعصاب عديدة في زنجي مصاب بالتهاب الصفاق الليفي الجبني : هو التهاب جذور واعصاب عديدة في الطرفين السفليين ، علامة لاساغ وبونه ايجابية ، نقاط فالكس الجذرية والجذعية مؤلمة بالضغط ، ضمور عضلات ، غيبة المنعكسات في اليسار ، وازدياد المنعكس الداغصي في اليمين . شك اولاً بداء بوت القطني غير ان الرسم الشعاعي كشف في حذاء الفقار القطنية الاخيرة تنشؤات عظمية بشكل منقار الببغاء بازاء ثقوب الاتصال وابان ان الليبيودول لم يقف في ذلك المكان فالمرجح ان تكون الرثية القطنية المزمنة سبب التهاب

الجذور والاعصاب ولم يبدُ في الرسم الشعاعي ان الفقار قد فقدت كلسها

المناقشة : العلماء مرشد خاطر ، ترابو ، مريدن

٣ً — العليم عبد الغني المحملجي : اربع حادثات نزوف دموية تالية للمداواة بحقن الوريد بالنوفرسانو بنزول :

بـدا في احدى هذه الحادثات بعد الحقنة الرابعة نزف رحمي والعاب مدمى، وفي الثانية قيء دموي بعد الحقنة التاسعة وفي الثالثة والرابعة اقياء دموية ايضاً . ينسب المؤلف هذه العوارض الى شبيه ما يحدث في النوبة النيتريتية .

المناقشة : العليمان عزة مريدن وترابو

٤ً — العليم اسعد الحكيم : حادث اندفـاع لعض الخدود وقرصها تالٍ لالتهاب دماغي : شاب عمره ٢٢ سنة سيق الى مستشفى ابن سينا لاضطرابات عقلية خطرة على المجتمع والامن العام . فتبين من معاينته انه جامد السيماء وان اطرافه وجسده خالية من الرعشة واليبوسة وانه يتأنى في الـكلام وانه قد اصيب منذ ثماني سنوات بالتهاب الدماغ . وقد ظهر هذا الاندفاع فيه منذ ذلك الحين فـكان يشعر بدافع يدفعه الى تقبيل الاولاد وعضهم وقرصهم وكانت تقع اكثر تعدياته على اخوته واخواته وجيرانه وكان يندم بعد وقوع العمل وقد لطفت المعالجة بالمسكنات حالته بعض التلطيف وحالته تستلزم الحجر لان داءه خطر على المجتمع ولا يشفى .

المناقشة : العليمان ترابو واسعد الحكيم

م . خ .

١ ـ حادث كمنة هرعية

(Un cas d' amblyopie hystérique)

للعليم ممدوح الصباغ

الدركي السيد عبد الباقي بن كمال الموصلي يشكو نقصاً عظيماً في رؤية عينه اليمنى يفيد المريض انه منذ سنة ونصف سنة تقريباً اصيب بضربة حجر على الناحية الحجاجية اليمنى ومنذ ذلك التاريخ شعر ان رؤية عينه اليمنى آخذة بالتناقص وقد ساقه ضعف الرؤية هذا الى استشارة الكحالين فعالجوه معالجة شتى لم تأتِ بأقل تحسن وبما انه دركي احاله طبيب الدرك الى لجنة فحص الموظفين لابداء رأيها في ما اذا كان مرض عينه يمنعه عن القيام بوظيفته او يمكنه من المثابرة عليها وقد احالته اللجنة اليّ للمعاينة .

فحص المريض : اتاني في ٥ حزيران سنة ٩٣٧ فرأيته شاباً عمره زهاء ٢٩ سنة قوي البدن سليمه وهو لا يشكو الا نقص الرؤية في عينه اليمنى ولم اجد في سوابقه الارثية ما يستحق الذكر ، متزوج وله ولدان حسنا الصحة

فحص العين اليسرى : سليمة

« « اليمنى : (الملتحمة والاجفان والصلبة والقرنية والقزحية) والتعامل الحدقي والاوساط الكاسرة وقعر العين (حليمة العصب البصري والطبقة الشبكية) كلها طبيعية

ضغط المقلة من خلال الجفن يوقظ في المريض ألماً حجاجياً خلفها .

ضغط العين اليمنى ١٧ بجهاز بايار

ضغط العين اليسرى ١٧ بجهاز بايار

رؤية العين اليمنى لا تتعدى عدّ الاصابع من مسافة مترين

« « اليسرى طبيعية $\frac{١٠}{١٠}$

فحص الرؤية المركزية : لا توجد عتمة مركزية للون الابيض بل صعوبة في رؤية الالوان الاخرى (الازرق ، الاحمر ، الاصفر)

فحص الساحة البصرية : تضيق متحد المركز في الساحة البصرية التي تمتد الى الدرجة ٤٠ في الجهات الصدغية والعلوية والانفية والى الدرجة ٥٠ في الجهة السفلية فنظراً : ١ً — الى غيبة الاعراض المادية في العين .

٢ — الى غيبة العتمة المركزية في رؤية العين

٣ - الى ضيق الساحة البصرية المتحد المركز

٤ - الى غيبة ازدياد الضغط الداخلي للعين .

شخصت ان المريض مصاب بنقص الرؤية الهرعي(الهيستريائي) .

وتمكنت بعد مغالطة المريض من جعله يرى الاشياء جيداً بعينه المأوفة وذلك باني وضعت زجاجة مصقولة امام عينه اليسرى واخرى ضيقة الثقب امام عينه اليمنى وسألته ان يقرأ الحروف الدقيقة للوحة الفحص فقرأها معتقداً انه يراها بعينه السليمة .

وقد توصلت بالاقناع والمعالجة الملطفة في خلال ساعة من الزمن الى شفاء مرضه فاضحت رؤية عينه المريضة $\frac{١٠}{١٠}$.

وقد فحصته بعد شفائه عدة مرات في سياق ثلاثة اشهر فلم اجد نقصاً في رؤية عينه التي كانت مريضة . فقدمت هذه المشاهدة للجمعية الموقرة لندرتها

٢ ـ التهاب جذور واعصاب في زنجي

مصاب بالتهاب الصفاق الليفي الجبني

للعلماء ترابو ، وعزة مريدن ووحيد صواف

ننقل اليكم مشاهدة التهاب جذور واعصاب في الطرفين السفليين كان يجوز عزوها الى السل لو لم نجرِ فحصاً واسعاً مستعينين بالاشعة .

المدعو احمد مبروك زنجي عمره ٦٥ سنة قروي يقطن زبدين من ضواحي دمشق ، دخل المستشفى العام في ١٩ شباط ١٩٣٨ شاكياً آلاماً ثابتة في طرفيه السفليين انتابته منذ ثلاثة شهور خلت وبدت فيه فجأة اذ كان يسقي حقله .

لا يعلم المريض شيئاً عن ابويه ، ولم نجد في سوابقه الشخصية سوى بعض نوب بردائية .

فحصنا المريض فشاهدنا ضموراً في الطرفين السفليين ، ولم نجد نقصاً في القوى او الحركات ولا خللاً في المطابقة ، الوضعة القائمة والمشي ممكنان رغم الآلام ، المنعكسات العظمية الوترية حادة في الطرف الايمن ، وغائبة او متناقصة في الطرف الايسر ، وعلامتا بابنسكي واوبنهايم غير ايجابيتين في الطرفين ، حركتا لاساغ وبونه توقظان آلاماً على طول العصبين الوركيين ، نقاط فالكس العجزية والوركية مؤلمة بالجس ، الحسيات الشخصية سالمة ، وجس العضلات مؤلم ، المنعكسات الصفنية غائبة ، المنعكس العاني المتوسط

لم يجب الا جواباً بطنياً ، المنعكسات البطنية غائبة،علامة رومبرغ كذلك لا خلل في الحدقتين ، لم يخرج بالبزل القطني سوى قطرة واحدة ، وقد كشف لنا فحص الاجهزة ما يأتي : التهاب جنب في قاعدتي الرئتين في الوراء يدل عليه نقص الوضوح والاهتزاز الصدري و الخفيف الحويصلي وبعض الاحتكاك ، وجود اقراص صفاقية (باريطونية) في الناحية تحت الكبد دالة على سل صفاقي ليفي جبني كامن السير . . فاصابة الجنب والصفاق مطابقة لقانون غودوليه، الطحال غير مقروع ، حجم الكبد طبيعي ، القلب كبير وذروته في الورب الخامس ، الضغط الشرياني ١١ — ٢٠ بجهاز فاكز وقد هبط حتى ٧ - ١٥ بعد الفصادة، بولة الدم ٩٠ سانتيغراماً ، تفاعل واسرمان سلبي في الدم ،الحيوانات الدموية غير موجودة .

عصيات كوخ مفقودة في القشع ، وفي البراز كشفت المتحولات واكياسها وبيوض شعريات الرأس ، وفي البول آثار من الآحين .

. . . .

ان فائدة هذه المشاهدة كما لحظتم كبيرة ، فالمريض زنجي شديد التأهب للاصابة بالسل . وقد بدا فيه شكل جنبي صفاقي ، وهو الشكل الذي يظهر عادة في الشباب لا في الشيوخ ، وليس للسل الذي يعد من اسباب الضغط الشرياني اقل تأثير في إرتفاع ضغط مريضنا الناتج عن آفة كلوية متصفة بانحباس الآزوت في الدم وبالقلب الكبير ، وبآثار الآحين في البول وهو ما يشاهد عادة.واما التهاب الجذور والاعصاب المديدة في الطرفين مع ازدياد المنعكسات في احدهما فيستوعي انتباهاً كثيراً . فاول ما فكرنا فيه اصابة

المريض بداء بوط الظهري القطني الجانبي الضاغط للجذور القطنية العجزية ولنصف النخاع . وفكرنا ايضاً في التهاب الجذور والاعصاب العديدة المرافق لالتهاب العنكبوتية ، وليس لدينا لاثبات ذلك سوى التصوير الشعاعي الذي اجريناه بعد البزل القطني والحقن بالليبيورول فشاهدنا انه لم يقف ابداً الامر الذي دعانا الى نفي التهاب العنكبوتية وداء بوط ، او على الاقل التهاب السحايا الضخامي الذي يصاحبه عادة ، وقد ابانت الصور الشعاعية فقاراً سليمة متكلسة تكلساً حسناً ولكنا شاهدنا ايضاً تنشؤات غضروفية او عظمية في جميع الملاحق الليفية الفقرية المقابلة لثقوب الاتصال استدللنا بها على اصابة المريض بالرثية الفقرية المزمنة .

ان هذا التناذر العصبي الذي نصفه كان مجموعة قوانين معقدة وكان ناتجاً عن الانضغاط حتماً ولهذا فقد حشرناه في زمرة التهابات الجذور والاعصاب الرضية لان التهاب الاعصاب والجذور السلي السمي والتهاب الاعصاب السلي وان يكونا ممكني الحدوث فهما نادران ويتوزعان توزعاً آخر . فهل يجب اعتبار الرثية الفقرية التي كشفتها الاشعة رثية بونسه ؟

يجوز كثيراً هذا التساؤل ولكن اثباته صعب جداً

المناقشة : العليم مرشد خاطر : انني اري في الرسوم الشعاعية التي تبرزها انقراصاً بين الفقرتين القطنيتين الثالثة والرابعة . وهو علامة تكاد تكون بيانية في داء بوط ولاسيما والمريض الذي تقدمه لنا مصاب بآفة سلية في صفاقه ألم تلاحظ تقفعاً في عضلات الميازيب الفقرية وهل استقصيت جيداً في الحفرتين الحرقفيتين ورأيتهما خاليتين من المجامع الصديدية او لم تلاحظ حدبة

في ناحيته القطنية ؟

العليم ترابو : انني افتكرت في داء بوت اولاً كما افتكرت فيه غير ان الرسم الشعاعي بعد ان ابدى لنا ان الفقار لم تفقد كلسها واظهر لنا هذه التنشوءات العظمية بشكل منقار الببغاء التي تكاد تكون بيانية في رثية الفقار المزمنة وابان لنا ان الليبيودول ينزل حراً ولا يقف في تلك الناحية . حملنا على نبذ ما فكرنا فيه اولاً وهل انقراص الغضروف علامة خصة بداءبوت ولا يظهر مطلقاً في الرثية المزمنة ؟ اننا لم نلاحظ تقفعاً في عضالات الميازيب ولا خراجة في الحفرة الحرقفية دالة على انسلال اجسام الفقار .

العليم شارل : يخيل اليّ ان منقار الببغاء علامة بيانية في رثية الفقار المزمنة

العليم مريدن : ان الرثية المزمنة منشطة للتكلس وسل العظم منقص له وليس في مريضنا فقد كلس البتة

❀❀❀

اربع حادثات نزوف دموية تالية

لحقن الوريد بالنوفارسنوبنزول

للعليم عبد الغني المحملجي

اتفق لنا ان شاهدنا بضع حادثات نزوف دموية في عقب حقن الوريد بالنوفار نلخصها بما يلي :

المشاهدة الاولى . - المومس ف . ل . عمرها خمس وثلاثون سنة اتبعت المداواة النوعية في ٢٤ حزيران سنة ١٩٣٣ بناء على ايجابية واسرمان الدموي حقنت اوردتها بفاصلة اسبوع بِ(٠،٣٠ -- ٠٠٤٥ - ٠٠٦٠ - ٠٠٧٥) سانتيغراماً من النوفار فاصيبت بعد مرور ربع ساعة على الحقنة الوريدية الاخيرة بنزف دموي رحمي وبسيلان لعابي مدمى غزير أرقيء باستعمال حبابة ادرنالين تحت الجلد وغرام من كلور الكالسيوم في الوريد . ثم توبعت بعد اسبوع المعالجة نفسها فحقنت اولاً بالادرنالين وبعد عشر دقائق بـ (٠٠٧٥) سانتغراماً من النوفار فلم يتكرر النزف بعد ذلك على الرغم من المثابرة على اتمام سلسلة المداواة الزرنيخية .

المشاهدة الثانية . — المريضة م . ج . مومس عمرها خمسون سنة مصابة بتقرح عنق الرحم الافرنجي اجري لها من ٢٨ مارت سنة ١٩٣٣ حتى ٢٩ نيسان سنة ١٩٣٤ ثلاث دورات دوائية يتألف كل منها من سبع حقن من النوفار من ٠،٣٠ الى ٠،٩٠ سانتيغراماً وكرر هذا المقدار الاخير ثلاث

مرات وكانت تصاب بالام شديدة في المعدة وباقياء مدماة في عقب الحقن الاخيرة من السلسلة الدوائية الثالثة وكانت تلك الاقياء تسكن باستعمال الادرنالين اما الآلام فكانت لا تسكن الا بعد استعمال اللودانوم (Laudanum) وقد حالت الاقياء والآلام الآنفة الذكر دون امكان متابعة المعالجة الزرنيخية

المشاهدة الثالثة . — المريضة ذ . ح . عمرها اربعون سنة اصيبت بالافرنجي منذ عشر سنين ، عولجت في سنة ١٩٣٢ بثلاث دورات من النوفار . اربعة غرامات وثمانون سانتيغراماً في كل دورة لاصابتها بتقرح عنق الرحم الافرنجي وقد اصيبت في عقب الحقن الاخيرة للدورة الزرنيخية الثالثة باقياء خفيفة مدماة وقد زالت هذه الاقياء عفواً ولم تستلزم المعالجة واستؤنفت المعالجة نفسها في السنة الثانية ولم تصب بنزف ما .

المشاهدة الرابعة . — الموسى ف . ع . لها من العمر اربع وعشرون سنة مصابة بقرحة في المعدة مشخصة سريرياً اتبعت المداواة النوعية لاصابتها بألواح مخاطية لبنية على اللوزتين مؤيدة بالتفاعل المصلي الدموي . اجري لها في السنة الاولى ثلاث سلاسل مداواة من النوفار اربعة غرامات وثمانية اعشار الغرام في كل دورة . وكانت تنتابها في عقب كل من حقن السلسلتين الاولى والثانية اقياء خفيفة مدماة وقد اخذت هذه الاقياء المدماة بالاشتداد في عقب حقن الدورة الثالثة وكانت تستمر بضعة ايام ثم ترقأ عفواً او باستعمال الادرنالين .

لم تساعدنا الظروف على اجراء فحص الدم في هذه المشاهدات الاربع

ولم تكن النزوف الدموية فيها شديدة تستلزم نقل الدم او مفضية الى الموت كما في حادثة ميليان التي انتهت بالموت واظهر فحص الجثة بوءراً التهابية نزفية في البانقرياس .

وانا نعتقد ان سبب النزوف الدموية التالية لحقن الوريد بالنوفار ناشيء عن فلج الاعصاب المحركة للعروق الدموية بتأثير النوفار السمي وهذا التأثير هو عبارة عن بحران نيتريتي وتوءيد ذلك غيبة اختلال التوازن الدموي في حادثات النزوف الدموية التالية للمداواة بالنوفار المدونة حتى اليوم .

المناقشة: العليم مريدن : الم تكن مريضاتك مصابات بتقصير الكبد فيكون كلورور الكلسيوم قد فعل فعلاً مرقئاً (قاطعاً للنزف)

العليم ترابو : قد عرف عن هذه العوارض انها ناشئة عن عدم التحمل واما الادرنالين وكلورور الكلسيوم فقد فعلا فعلاً واقياً من النوبة السمية اي من النوبة النيتريتية المألوفة

❀❀❀

حادث اندفاع لعض الخدود وقرصها تال

لالتهاب دماغي

للعليم اسعد الحكيم

أ – أ. من حلب عمره ٢٢ سنة ارسل في ٢١ شباط ١٩٣٨ الى مستشفى ابن سينا مع الشهادة الطبية الآتية : اختلالات نفسية. تشرد . اندفاع للأذى وجوده طلقاً خطر على المجتمع والامن العام. حالته تستلزم الحجر في مستشفى خاص بالامراض النفسية .

سوابقه الشخصية والعيلية : والداه في قيد الحياة وبصحة جيدة . له اربعة اخوة وثلاث اخوات في حالة الصحة . اعزب . نشأته حتى السنة الرابعة عشرة صحيحة . متعلم. تحصيله ابتدائي . حياته المدرسية والبيتية كانت مرضية، منذ ثماني سنوات اصيب بحمى دماغية استمرت ٤ اشهر ثم ابل منها وعقبها بمدة ايام شعر بألم في اذنه اليمنى فتبين انه مصاب بخراج استلزم حج الخشاء (الناتىء الحلمي) وتفريغه . وبعد العملية بشهر اخذت طباعه تتغير وبدأ يتعرض لاخوته واخواته بالتقبيل والعض والقرص ثم تعرض لجيرانه . واحياناً للاولاد في الازقة . قليل النوم . يأرق . يعتريه كابوس في الليل . يبكي كالصبية لأقل مخالفة . يشتغل حمالاً عند والده فينقل السمك على حمار الى الباعة .

صحته الجسمية : مستدير الرأس . منكسر الاجفان . جامد السيماء .

ليس في جسمه واطرافه يبوسة ولا رعشة . يتأتىء في الكلام . التوتر الشرياني ١٢ — ٦ ، ليس في سائر اعضائه علة تستحق الذكر . تفاعل واسرمان في الدم سلبي .

حالته النفسية: مظهره الخارجي نظيف . حسن الانتباه . مهتدٍ في الزمان والمكان . حسن الذاكرة . محاكاته صبيانية . مدرك لحالته المرضية ولوضعه الحاضر : (هو ليس بمجنون . يريد الخروج من المستشفى . هو ضيق الخلق يشعر بدافع لتقبيل الاولاد وعضهم وقرصهم . ليس بمقدرته ردع نفسه . يندم بعد وقوع العمل . اكثر تعدياته تقع على اخواته واخوته يشعر احياناً بدافع لخطف الاشياء حينما يكون ماراً في الشوارع . يأرق . يعتريه كابوس يحلم احلاماً مزعجة . تنتابه احياناً نوب حدة وضجر يبكي في اثنائها ويصرخ) غب دخوله المستشفى اخذ يتعرض للمرضى وللممرضين فيهجم عليهم فجأة ليقرصهم فيفرون منه مما اضطرهم الى ضبطه بالقميص فسبب له هذا هياجاً واضطراباً دعا الى اطلاقه ومعالجته .

عولج بالبروموں والصفصافات والاوروترويين مع الاتروبين . هدأت سورته ، وقلت دوافعه وخف فعلها كثيراً واقتصرت على التقبيل والقرص بصورة خفيفة واخذ يشرح حالته المرضية بهدوء وحشمة . وبما ان عمال المستشفى وكثيراً من المرضى عرفوا حالته وشعروا بعدم أذاه اخذوا يجارونه فلا يفرون منه ويستسلمون لعمله احياناً مما جعله يأنس بوجوده في المستشفى ويحسن فيه سلوكه .

النتيجة : ان جمود سيماء مريضنا هذا وتأتأته في الكلام وحدوث التغير

في طباعه غب المرض الدماغي وخراج الحشاء وشعوره بالدافع الذي لا يستطيع ردعه للتقبيل والعض والقرص وخطف بعض الاشياء من دكاكين الباعة وندمه على فعلته بعد وقوعها واعتذاره عنها واصابته احياناً باحتداد لاقل سبب مع صحة ذاكرته وادراكه يحملنا على القول بان هذا المريض مصاب باختلال في الطبائع وفي الغريزة الجنسية وبافعال اندفاعية تالية لالتهاب الدماغ وحالته تستلزم الحجر بالنظر لعدم امكان شفائها ولخطرها

المناقشة : العليم ترابو : ذكرت ان في مريضك ميلاً الى السرقة من دكاكين الباعة أفليس مريضك مصاباً بمس (obsédé) كما هو مصاب باندفاع ؟ وهل يعتريه حصر (angoisse) حين اتمام العمل ؟ وهل يغالب نفسه قبل الفعل ؟

العليم اسعد الحكيم : لم يبدُ في مريضنا اقل حصر وهو يفعل فعله كما لو كان مندفعاً اليه اندفاعاً انعكاسياً ولا يندم الا بعد ان ينهي عمله .

❀ ❀ ❀

مطبوعات جديدة

الحامل

لمؤلفه الدكتور مصطفى خالدي

استاذ فن التوليد والامراض النسائية في جامعة بيروت الاميركية

في بيروت عاصمة الجمهورية اللبنانية نخبة من اطباء لامعين يرفعون شأن الطب ويعلون مناره وهم شطران ، شطرٌ تلقن أدب الغرب وطبه فقطع كل صلة بلغة جدوده ، وشطر آخر نظر باحدى عينيه الى آداب الغربيين وعلومهم فلاُ تلافيف دماغه بها وحدّق بالعين الثانية في لغته المجيدة فرأى مؤلفاتها القديمة خلواً مما اقتبس فنقل اليها تلك الدرر الغوالي. فئة اولى أنستها اللغات الاجنبية الاصل الذي تحدرت منه فهجرت هجراً ابدياً كل ما هو عربي فصرت اذا كلمتها بلغة آبائها وجدودها اجابتك بلغة لامارتين او شكسبير سائلة الافصاح عما تنطق به لجهلها مفردات لغتها وقواعدها ، وفئة ثانية تأصلت فيها النزعة العربية فلم يثنها التثقف الغربي عن تعلم آداب لغتها ولم يمحُ طلاء الغرب الناصع ما نقشته في عقولها الاناملُ العربية في العصرين الاموي والعباسي من الروائع .

ومن هذه الفئة الثانية الزميل اللامع الدكتور مصطفى خالدي مؤلف كتاب « الحامل » ، استاذ يحدث تلامذته في نهاره بلغة الجامعة الرسمية ولا يكاد يختلي بنفسه في المساء حتى ينكبّ على التأليف بلغة جدوده. انها لمزية حميدة

نكبرها كل الاكبار في زميلنا البيروتي ونهنئه بها التهنئة الصادقة . اننا لا نقرّ بكبير فضل لمن عاش في بيئة عربية اذا ما انتج نتاجاً عربياً بل الفضل كل الفضل لمن ثار على البيئة التي يعيش فيها فركز علم لغته وكان بهمتياً مولعاً

انك ايها الزميل مع صحبك تلك الفئة الصالحة التي اختطت خطتك المنارة اللامعة على ذلك الشاطىء الصاخب، انك ذلك الرسول الامين للغة نشرت العلم والتمدن مئات من السنين في العالم اجمع فاذا بابنائها اليوم يرغبون عنها الى سواها بعد ان نضبت اثداؤها التي درت ادباً وعلماً وقد كان الاحرى بهم ان يوفروا لها اسباب الحياة ليعود اليها درها. واني لأعجب، والقومية جامحة جموحها الشديد في ايامنا ، من اناس لا يعيرون اذناً مصغية لصوت قوميتهم بل يتعلقون بخيوط قوميات توليهم ظهرها وهم نحوها مندفعون .

اما كتاب « الحامل » الذي جرنا الكلام عنه الى هذه المقدمة الموجزة فهو مؤلف صغير يقع في زهاء مائة صفحة من قطع الثمن صدّره مؤلفه بلمحة بديعة في تاريخ الولادة والعناية بالحامل في مختلف العصور وقسمه ثمانية فصول ضمّن الفصل الاول تشريح الاعضاء التناسلية والفصل الثاني التلقيح والفصل الثالث الحمل والفصل الرابع العناية في اثناء الحمل والفصل الخامس الولادة والفصل السادس النفاس والفصل السابع الطفل والعناية به والفصل الثامن معلومات عامة لا غنى عنها . وقد زين هذا الكتاب بسبعة وعشرين رسماً وطبعه طبعاً متقناً وعلى ورق صقيل .

فاننا نرى ان هذا الكتاب ، مع صغره ، قد ألمّ بالموضوع من جميع نواحيه واشتمل على معلومات لا يستطيع القارىء جمعها الا بمطالعة الكتب

المطولة ، ومتى عرفت ان للمؤلف كتاباً آخر «على عتبة الامومة » ادركت رغبته الصادقة في اطلاع بني قومه على مبادىء الفرع الذي خصص نفسه به فكان من اعلامه . واذا طالعت الكتاب تلذذت نفسك بتلك المذوبة في التعبير والاناقة في انتقاء الالفاظ والتراكيب وادركت انك في ازاء رجل يملك مقاليد اللغة فتنصاع اليه مطيعة .

اننا نشكر للمؤلف الزميل هديته الثمينة راجين منه متابعة جهاده العلمي خدمة لابناء الضاد كما اننا نتمنى الرواج لكتابه الذي يجدر بكل اسرة ان تقتنيه ليكون مرشداً لها في تلك الفترة الحرجة من الحياة . وثمنه الزهيد ٣٥ غرشاً سورياً لا يوازي الا جزءاً قليلاً مما انفقه المؤلف من التعب والمال في وضعه وطبعه

مرشد خاطر

❀❀❀

معالجة سلس البول بخلاصة الجسم النخامي

ذكر كاين (Cain) في سفر جمعية اطباء الاطفال النتائج التي حصل عليها في معالجة سلس البول بمقادير كبيرة من خلاصة الغدة النخامية .

وكانت النتائج حسنة في نصف الحالات اذ كان يشير باعطاء الخلاصة السائلة من الفص الامامي للجسم عن طريق الفم بحسب المقادير التالية :

يعطى يومياً في الاسبوع الاول : ٠،١٠ سانتغرامات
— — في الاسبوعين الثاني والثالث: ٠،٢٠ سانتغراماً
— — في الاسبوع الرابع : ٠،٤٠ »

ويجوز البدء في الاطفال الذين تختلف سنهم بين ٧ ـ ١٠ سنوات بعشرين سانتغراماً ولا محذور من ابلاغ ذلك المقدار الى ستين سنتغراماً

وقد تسبب هذه المداواة في بدنها نحولاً شديداً . لكنه موقت ولا يلبث الوزن ان يعود بعده الى ما كان عليه .

فاذا اريد الحصول على احسن نتائج هذه المعالجة يثابر عليها مدة بعد الشفاء ولكن بمقادير قليلة .

ش . ب

❀❀❀

فهرس اول

فيه مواد المجلد الثاني عشر من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتبة على حروف المعجم

— أ —

الصفحة

— ح —

— خ —

— د —

الصفحة

— س —

— ش —

— ص —

— ط —

الصفحة

— ع —

— غ —

— ف —

— ق —

— ك —



فهرس ثانٍ

فيه اسماء المطبوعات الحديثة المنقودة في السنة الثانية عشرة من هذه المجلة

* * *

فهرس ثالث

فيه اسماء كتبة المقالات مرتبة على حروف المعجم

الصفحة

الصفحة

***

فهرس سنة ١٩٣٧

الألف

صفحة

خ

ر

صفحة

TABLES DES MATIÈRES 1937

A

M

ص

صفحة

صفحة

صفحة

